

Psykiatriske sykepleieres didaktiske tenkning

Tydeliggjøring av pedagogisk handlingsgrunnlag

Kari Aarøen



Hovedoppgave i pedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet/PFI

UNIVERSITETET I OSLO

09.03.07

SAMMENDRAG AV HOVEDOPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

Psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”.

AV:

Kari Aarøen

EKSAMEN:

Cand. Polit

SEMESTER:

Vår 2007

STIKKORD:

Psykiatrisk sykepleie

Pedagogisk virksomhet

Tydeliggjøring

Didaktisk tenkning

Pedagogisk handlingsgrunnlag

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å tydeliggjøre en del av psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet.

Bakgrunnen for valg av dette temaet er forskning som viser at sykepleieres pedagogiske arbeid er for dårlig. Til tross for at pedagogisk arbeid alltid har vært en del av sykepleiernes virksomhet, så er pedagogisk kunnskap og kompetanse utydelig både i utdanningene og i arbeidslivet.

Jeg velger å tydeliggjøre en del av psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet, deres ”didaktiske tenkning”. Det er den tenkningen som går forut for handlinger og representerer det pedagogiske handlingsgrunnlag. ”Didaktisk tenkning” er kunnskap og forståelse om læring og tilrettelegging for læring. Dette er sentrale områder innenfor pedagogikkens praksisteori, didaktikk. Bakgrunnen for at jeg velger å undersøke og tydeliggjøre ”didaktisk tenkning”, er forsknings om sier at sykepleiere må utvikle ”didaktisk tenkning” for å kunne utøve sitt pedagogiske arbeid på en tilfredsstillende måte.

Oppgavens problemstilling er **”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag?”**

Tydeliggjøring av et fenomen handler om å få det beskrevet, gransket, forstått og vurdert av andre. Slik kan fenomenet påvirkes, endres, forbedres, eller kvalitetssikres.

Min problemstilling tilsier en kvalitativ tilnærming, da det er kjennetegn ved det pedagogiske handlingsgrunnlaget jeg ønsker å studere. For å finne svar på problemstillingen tar jeg utgangspunkt i psykiatriske sykepleieres beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid. Disse beskrivelsene danner grunnlag for å finne frem til deres ”didaktiske tenkning”. Ved å forklare deres ”didaktiske tenkning” med psykiatrisk sykepleieteori, kommer jeg frem til en teoretisk forståelse av deres tenkning. Denne forståelsen sammenholdes med didaktisk teori, slik at likheter og forskjeller mellom psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” og didaktisk teori tydeliggjøres. Slik finner jeg frem til hva som kjennetegner deres pedagogiske handlingsgrunnlag.

Min konklusjon er en oppsummering av kjennetegn som viser hvordan psykiatriske sykepleiere tenker om læring, og tilrettelegging for læring. Kjennetegnene representerer deres didaktiske kunnskap og forståelse, og er grunnlaget for handlinger og valg i det pedagogiske arbeidet de utøver.

Forord

Arbeidet med denne hovedfagsoppgaven har gitt meg ny og verdifull kunnskap om det møysommelige, men spennende arbeidet det er å finne frem til ny viten om et fenomen. Jeg har gjennom denne prosessen lært mye om psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”, og ikke minst om meg selv. Det har vært spennende og nyttig å fordype seg i et fag- og problemområde som jeg har vært interessert i gjennom flere år.

Takk til veilederen min, Finn Hjordemaal som har vært til stor hjelp og støtte i denne prosessen. Takk også til min tålmodige familie, og utholdende venner.

Kari Aarøen

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning.....	1
1.1. Bakgrunn for valg av emne	1
1.2. Grunnlaget for problemstillingen	3
1.3. Å finne frem til ”didaktisk tenkning” - fremgangsmåte.....	4
1.4. Begrepsavklaringer.....	7
1.5. Videre organisering av oppgaven.....	8
2.0. Det pedagogiske handlingsgrunnlaget – didaktikk	8
2.1. Didaktikk.....	9
2.2. Grunnlaget	10
2.3. Didaktiske grunntema	11
2.4. Oppsummering	12
3.0. Psykiatrisk sykepleie	13
3.1. Målgruppen	14
3.2. Grunnlaget	15
3.3. Psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid.....	17
3.4. Oppsummering	20
4.0. Metode.....	22
4.1. Vitenskap.....	22
4.2. Kvalitativ forskning.....	23
4.3. Kvalitetsvurdering av forskningsprosessen.....	23
4.3.1. Reliabilitet og validitet	24
4.3.2. Generaliserbarhet/overføringsverdi.....	24
4.3.3. Etske vurderinger	24
4.4. Datainnsamling.....	26
4.4.1. Det kvalitative forskningsintervju	26
4.4.2. Utarbeidelse av intervjuguide.....	26
4.4.3. Valg av respondenter, og kontakt med forskningsfeltet.....	27
4.4.4. Gjennomføring av intervjuene	29
4.4.5. Fra tale til tekst.....	31
4.5. Forståelse av datamaterialet	32
4.5.1. Forforståelse	32
4.5.2. Analyseprosessen	33
4.6. Oppsummering	36
5.0. Beskrivelse, forståelse og vurdering av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”	37
5.1. Intensjoner	38
5.1.1. Læring	39
5.1.2. Å legge til rette for læring	41
5.1.3. Å løse problemer	44
5.1.4. Mestring og endring	47
5.2. Læreforutsetninger	49
5.2.1. Eleven – muligheter og motivasjon.....	49
5.2.2. Tilretteleggeren – holdning og handling	53
5.2.3. Læringsmiljø – fysisk og psykisk.....	56
5.3. Pedagogiske verktøy og metoder.	60
5.3.1. Kommunikasjon	60
5.3.2. Samhandling/relasjonen	62

5.3.3. Kartlegging	64
5.3.4. Kollegasamarbeid	66
5.4. Undervisningsprinsipper	68
5.4.1. Egenaktivitet/Læringsaktivitet	68
5.4.2. Utfordring og støtte	71
5.4.3. Individualisering	72
5.4.4. Presentasjon av lærestoffet	73
5.4.5. Vurdering/tilbakemelding	75
5.4.5. Oppsummering	76
6.0. Kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”	78
6.1. Kunnskap om, og forståelse av læring	78
6.2. Kunnskap om, og forståelse av ”å legge til rette for læring”	80
6.3. Oppsummering og avslutning – betydning av psykiatriske sykepleieres didaktiske tenkning	82

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av emne

Jeg er psykiatrisk sykepleier med pedagogisk utdanning, og har i nesten hele mitt yrkesliv arbeidet innenfor psykisk helsevern. Gjennom økt pedagogisk kompetanse opplevde jeg å få flere innfallsvinkler til, og metoder i mitt arbeide for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser.

Sykepleiere har alltid drevet med pedagogisk arbeid. Peplau (1991) som er en anerkjent sykepleieteoretiker, og har bidratt til utvikling av faget gjennom flere tiår; beskriver sykepleie som "a maturing force, and an educating instrument" (Peplau 1991 s.16). Gjennom sykepleiernes påvirkning utvikler pasientene ferdigheter som bidrar til læring, vekst og utvikling. Den enkelte utvikler kompetanse i problemløsning, noe som medfører større selvstendighet, og bedre helsegevinst for den enkelte (Hummelvoll 2004).

Dette har vært en del av forståelsen av sykepleiefagets innhold og ansvarsområde i flere tiår. Men den pedagogiske delen av sykepleiernes fagområde har ikke fått samme oppmerksomhet og hatt samme utvikling som andre deler av sykepleiens innhold.

Forskere ved "Institutt for Vårdpedagogik" ved universitetet i Göteborg, har i flere år interessert seg for sykepleiernes pedagogiske arbeid. Gjennom arbeidet med å beskrive akademiseringsprosessen som pågikk innen sykepleierutdanningen i Sverige på 1990-tallet, viste det seg at sykepleierens pedagogiske funksjon og kompetanse var utydelig både i virksomheten, og i utdanningen (Pilhammar Andersson 2003).

Flere forskere har forsøkt å finne frem til hva denne utydeligheten skyldes, og konsekvensene av den. Pilhammar Andersson (2003) og hennes kolleger i Göteborg har blant annet funnet frem til at sykepleiernes pedagogiske kompetanse ikke er god nok.

Den norske sykepleierutdanningen er noe annerledes enn den svenske, likevel har jeg grunn til å tro at forskningen jeg viser til her også er betegnende for norske sykepleieres

pedagogiske arbeid. Dette støttes av norske forskere som både har sett på forholdene i Norge, og internasjonalt (Granum 2003).

Tradisjonelt har sykepleiernes pedagogiske arbeid rettet seg mot forebyggende helsearbeid, og helseopplysning til allmennheten, pasienter og pårørende. I dag dreier det pedagogiske arbeidet seg mer om å stimulere til bedre helse, styrket egenomsorgsevne og livsmot hos mennesker med ulike helseplager. Sykepleiernes pedagogiske arbeid har i dag en annen betydning, og andre konsekvenser enn tidligere (Hummelvoll 2004). Dette skjedde i tråd med at synet på mennesket, sykdom og helse endret seg. Sykdom ble tidligere forstått som avvik som eksperter gjorde noe med. Mennesket som selv opplevde sykdommen hadde en passiv mottaker-rolle i forhold til den helsehjelpen som ble gitt. I dag er det slik at mennesket selv regnes som å ha behov for, ønske om, og ressurser til å delta i å påvirke sin egen helse, og sitt eget liv. Helse kan i det individuelle perspektivet sees på som ”en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære – og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet”(Hummelvoll 2004 s.38). Sykepleien er tuftet på det humanistiske menneskesynet som forutsetter at det å ta medansvar for seg selv, sitt eget liv, og sin egen helse, er et grunnleggende behov hos alle mennesker. Det bidrar til ”best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære” (ibid). Egenomsorg er helsefremmende i seg selv. Sykepleie har sterkt fokus på utvikling av den enkeltes egenomsorgsevne (Pilhammar Andersson 2003, Hummelvoll 2004, Tveiten 2001).

Sykepleiere beskriver sin pedagogiske funksjon, og sine pedagogiske arbeidsmåter blant annet som undervisning, informasjon og rådgivning (Granum 2003). Innholdet i de ulike begrepene er forskjellige, avhengig av hvem som definerer dem. Forskning viser at sykepleiernes beskrivelser av, og begrunnelser for sitt pedagogiske arbeid retter seg i overveiende grad mot å tydeliggjøre fagutøverens funksjon og rolle, enn konsekvensene det har for pasientene (Pilhammar Andersson 2003).

Å bidra til at den enkelte tilegner seg nødvendig informasjon og kunnskap, medfører at vedkommende får flere handlingsvalg og styrket mestringsevne. Å hjelpe mennesker til å mestre selv, er å utøve pedagogisk virksomhet (Tveiten 2001). Gedda (2003) understreker at det er av stor betydning for folks helse at helsepersonell har kunnskap om å formidle, og å få pasienter til å følge deres råd.

Sykepleierne har også en definert pedagogisk funksjon i forhold til opplæring av studenter og kolleger. Under sykepleierutdannelsen har alle studenter praksisopplæring i ulike deler av helsetjenesten. Den praktiske delen er en sentral og obligatorisk del av utdanningen. Denne opplæringen er avhengig av at sykepleiere i praksis tar på seg rollen som praksisveiledere for en eller flere studenter. Høgskolene bidrar med struktur for samarbeidet mellom sykepleier og student(er), samt kurs for praksisveilederne. Mange arbeidsplasser har også fadderordninger for nyansatte, der erfarne sykepleiere tar seg av opplæringen av de mer uerfarne.

1.2. Grunnlaget for problemstillingen

Den svenske forskningen viser at til tross for at pedagogisk virksomhet har en lange tradisjon innenfor sykepleiefaget så må det gjøres noe med sykepleiernes pedagogiske kompetanse. Et skritt på den veien er å tydeliggjøre sykepleiernes pedagogiske virksomhet (Pilhammar Andersson 2003).

Mitt mål med denne studien er å bidra til å tydeliggjøre sykepleiernes pedagogisk virksomhet.

For meg betyr tydeliggjøring av et fenomen at det beskrives, kan forstås, granskes og vurderes av andre. Tydeliggjøring bidrar på den måten til kvalitetssikring.

Sykepleiere er ikke en homogen gruppe som kan det samme og gjør alt likt. Jeg ønsker å tydeliggjøre arbeidet til sykepleiere som arbeider med mennesker med psykiske lidelser. Mennesker med psykiske lidelser har mange og sammensatte problemer, og har ofte forstyrret læringsevne og læreproblemer (Rørvik1994). De som skal hjelpe dem står derfor overfor store pedagogiske utfordringer. Pedagogisk kompetanse regner jeg som spesielt nødvendig og nyttig for denne faggruppen.

De sykepleierne som har mest sykepleiekompetanse i forhold til mennesker med psykiske lidelser er de med videreutdanning i psykisk helsearbeid, eller psykiatrisk sykepleie. Tidligere var denne videreutdanningen forbeholdt sykepleiere, derav tittelen psykiatriske sykepleiere. I 1998 ble videreutdanningen tverrfaglig, og endret navn til "videreutdanning i psykisk helsevern". Respondentene i studien har videreutdanning knyttet til både "gammel" og "ny" ordning. Jeg mener at det ikke har noen betydning for denne studien om respondentene har "gammel" eller "ny" videreutdanning. Arbeidsgivere, mennesker som trenger hjelp, samarbeidspartnere, og kolleger skiller heller ikke mellom spesialsykepleiere med

videreutdanning fra ulike år, og yrkesgruppen omtales som ”psykiatriske sykepleiere”, eller ”spesialsykepleiere”. Sykepleiernes fagforening, Norsk Sykepleierforbund, sier at det ikke er knyttet noen føringer, eller regler knyttet til tituleringen av sykepleiere med ”gammel” eller ”ny” videreutdanning.

Sykepleieres pedagogiske virksomhet kritiseres, og fremstår som både tilfeldig og utydelig (Pilhammar Andersson 2003). Å tydeliggjøre sykepleierens pedagogiske virksomhet som helhet er et stort og omfattende arbeid. Pilhammar Andersson (2003) sier at for at sykepleierne skal kunne gjennomføre sin pedagogiske virksomhet må de utvikle didaktisk tenkning, det er en forutsetning for deres pedagogiske arbeid. ”Didaktisk tenkning” representerer den enkeltes forhold til, og forståelse av didaktisk kunnskap.

Didaktikk er pedagogikkens praksisteori, og har sin bakgrunn i fagområder som pedagogikk, psykologi, filosofi og kunnskap om menneskets utvikling (Gundem 1998). ”Didaktisk tenkning” er den tenkning som ligger til grunn for utøverens praktiske pedagogiske arbeid. ”Didaktiske tenkning” kan også kalles det pedagogiske handlingsgrunnlag. Dette kommer til uttrykk i det praktiske pedagogiske arbeidet den enkelte gjør.

Den delen av psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet jeg ønsker å tydeliggjøre i denne studien er deres ”didaktiske tenkning”, eller pedagogiske handlingsgrunnlag.

Det innebærer at jeg må finne frem til den enkeltes ”didaktiske tenkning”, beskrive, forstå, og vurdere den. Slik kan jeg finne frem til hva slags kunnskap og forståelse som ligger til grunn for psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet.

Problemstillingen for denne studien er:

Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag?

1.3. Å finne frem til ”didaktisk tenkning” - fremgangsmåte

Å gi gode beskrivelser av faglige overveielser, og begrunnelser for sine handlinger, kan være vanskelig. Sykepleiere har vært kritisert for at de har begrunnet sine handlinger med å si at det er ”taus” kunnskap de tar i bruk når de foretar valg, og handler. Begrepet ”taus” kunnskap kan forklares som ”personlig kunnskap” som vokser frem gjennom praksiserfaringer, og som ikke uttrykkes i ord (Dahlberg 1997).

Manglende evne til å uttrykke begrunnelsene for sine handlinger er et dårlig utgangspunkt for tydeliggjøring.

Med bakgrunn i dette kan det være fare for at noen sykepleiere ikke klarer å beskrive sin didaktiske kunnskap og forståelse. Det at forskerne også sier at sykepleiere regner pedagogikk som en naturlig del av sitt sykepleiearbeid (Pilhammar Andersson 2003), kan bidra til at sykepleierne har vanskeligheter med å beskrive og forklare forskjellen på sitt pedagogiske arbeid og det øvrige psykiatriske sykepleiearbeidet. Jeg velger derfor å finne frem til hva som kjennetegner psykiatriske sykepleiere pedagogiske handlingsgrunnlag via deres egne beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid. Psykiatriske sykepleier er vant til å beskrive det de gjør, og de har god kommunikasjonskompetanse (Hummelvoll 2004). Jeg mener at de derfor vil ha gode forutsetninger for å beskrive det de gjør når de arbeider pedagogisk.

Jeg kunne fått tilgang til kunnskap om deres pedagogiske arbeid, gjennom observasjoner av det de gjør. Det ville ikke oppleves som riktig for meg å være tilstede som observatør i de aktuelle psykiatriske avdelingene. Mitt nærvær ville kunne forstyrre pasientene, hjelperen og samspillet mellom dem, slik at resultatet av undersøkelsen ble forstyrret. Det kreves også mer tid og mer omfattende etterarbeid å samle data ved observasjon. Derfor valgte jeg intervju som datainnsamlingsmetode.

Psykiatriske sykepleieres beskrivelser av sin pedagogiske praksis danner grunnlag for å finne frem til hva som kjennetegner deres pedagogiske handlingsgrunnlag. Kjennetegn ved et fenomen regnes som kvalitative data. Kvalitativt intervju er en god metode for å samle inn kvalitative data (Kvale 2001). Å bruke beskrivelser av egen opplevelse av et fenomen, som datagrunnlag innenfor forskning regnes som en fenomenologisk datasamlingsmetode (Hjardemaal 2002)

Konkrete beskrivelser av egen pedagogisk virksomhet gir meg kunnskap om hvordan den enkelte arbeider for å legge til rette for andres læring. For å finne frem til hvilken ”didaktisk tenkning” dette arbeidet representerer, må beskrivelsene analyseres og forstås. Kunnskapen beskrivelsene representerer samles i kategorier som er representative for didaktisk kunnskap. Beskrivelsene kategoriserer i henhold til de didaktiske grunntema; Intensjoner, Læreforutsetninger, Pedagogiske arbeidsmetoder og verktøy, og Undervisningsprinsipper

(Rørvik 1998, Berg 1998). Disse hovedkategoriene representerer didaktisk kunnskap. Denne kunnskapen er organisert i de didaktiske grunntema(Rørvik 1998). Temaenes organisering viser bredden i, og betydning av didaktisk kunnskap. Grunntemaenes organisering er bakgrunn for følgende forskningsspørsmål.

- Hvilke intensjoner har psykiatriske sykepleiere med det pedagogiske arbeidet de gjør?
- Hva regner de som sentrale læreforutsetninger?
- Hvilke pedagogiske verktøy og metoder de bruker i arbeidet med å legge til rette for andres læring?
- Hva regner de som sentrale undervisningsprinsipper?

Dette er spørsmål som stilles til en tekst, som kan gi svar på studiens problemstilling. Slike spørsmål kalles forskningsspørsmål (Kvale 2001).

De meningsbærende elementene i hovedkategoriene ordnes så i underkategorier som representerer innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning” (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2006)

Disse tolkes og forstås så i forhold til ulike tolkningskontekster (Kvale 2001).

Gjennom teoretisk forståelse, og vurdering av deres ”didaktiske tenkning”, finner jeg frem til kjennetegn ved deres pedagogisk handlingsgrunnlag. Denne måten å finne frem til kunnskap på kalles hermeneutisk forståelse av funn. Kunnskap oppstår gjennom et samspill mellom tekst, eller data, og forskerens teoretiske og personlige forståelse, hvor helheten og delene av informasjonen, eller kunnskapen, påvirker hverandre, og gir ny mening (Hjardemaal 2002).

Forståelse av funn gjøres i lys av teori som representerer respondentenes arena, faglige forståelse, og forforståelse. Den kunnskapen som ligger til grunn for handlinger, er alltid preget av den enkeltes forforståelse. Forforståelsen vil alltid påvirke forståelse av andre, av omgivelsene, og av ny kunnskap (ibid). Psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” er ikke bare påvirket av ulike faglige teorier og føringer, men også av den enkeltes tidligere kunnskaper, erfaringer, og holdninger.

Ved å sammenligne forståelsen av funn, med didaktisk og pedagogisk teori, får jeg frem likheter og forskjeller mellom didaktisk teori og psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”.

1.4. Begrepsavklaringer

For å gjøre teksten mer leservennlig vil jeg i denne studien bruke flere betegnelser om de samme fenomener. Jeg vil også bruke en del begreper om hverandre, men som jeg tillegger samme betydning.

Begrepene pedagogikk og psykiatrisk sykepleie vil brukes synonymt med begrepene pedagogisk teori, teori om pedagogikk, psykiatrisk sykepleie-teori, og teori om psykiatrisk sykepleie.

Jeg vil kalle psykiatrisk sykepleiere for hjelpere og sykepleiere. Pasientene vil også kalles menesker med psykiske lidelser, lærende, og hjelpetrengende.

Det pedagogiske arbeidet som denne studien har fokus på vil også beskrives som å lære noen noe, å påvirke og å legge til rette.

Jeg vil bruke betegnelsen respondent om de psykiatriske sykepleierne jeg intervjuer. Betegnelsen på intervjuobjektene er grunnlag for diskusjon. Omtalen ha betydning for leserens forståelse. Betegnelsen respondent kan gi assosiasjoner til eksperimentell forskning hvor forskningen krever at noen gir respons på forskerens aktiviteter. Informanter kan gi assosiasjoner til at de du intervjuer gir deg informasjon. Jeg bruker betegnelsen respondenter fordi det var betegnelsen den metodelitteraturen jeg startet å lese brukte. Respondentene i denne studien gir meg informasjon, men de responderer også på mine aktiviteter som forsker. Jeg stiller dem spørsmål, kommenterer deres fortellinger, og forventer at de responderer på min innsats i intervjusituasjonen. Men begrepet respondent mener jeg ”den jeg intervjuer” for å fremskaffe de data jeg trenger for å finne svar på problemstillingen min.

Andre sentrale begreper vil defineres fortløpende der det er naturlig i oppgaven.

1.5. Videre organisering av oppgaven

Kapittel 2 Det pedagogiske handlingsgrunnlaget – didaktikk

I dette kapittelet gjør jeg rede for hva slags kunnskap didaktikk er.

Kapittel 3 Psykiatrisk sykepleie

I dette kapittelet beskriver jeg hva psykiatrisk sykepleie er og handler om, og hvordan det står til med det pedagogiske arbeidet innenfor sykepleien.

Kapittel 4 Metode

I dette kapittelet beskrives den metoden jeg bruker for å samle inn data, og gjøre data klar for ytterligere analyse. Det er grunnlaget for beskrivelse, forståelse og vurdering av psykiatriske sykepleieres ”didaktisk tenkning” i kapittel 5.

Kapittel 5 Beskrivelse, forståelse og vurdering av ”didaktisk tenkning”.

I dette kapittelet analyseres datamaterialet slik at det kan gi meg svar på problemstillingen for studien. Her foregår forståelse og vurdering av respondentenes ”didaktiske tenkning”.

Kapittel 6 Avslutning

I dette kapittelet presenteres svaret på problemstillingen, og refleksjoner rundt betydningen av den.

2.0. Det pedagogiske handlingsgrunnlaget – didaktikk

Hensikten med dette kapittelet er å klargjøre hva didaktikk er, og handler om. Didaktisk teori er en del av det rammeverket som jeg trenger for å finne frem til psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Didaktisk teori danner grunnlag for systematisering av respondentenes beskrivelser av sitt pedagogiske arbeid, og forståelse av deres ”didaktiske tenkning” .

Pedagogisk virksomhet er en naturlig del av psykiatrisk sykepleie. Den bidrar til å utvikle og styrke pasientenes mestringsevne, og handlingskompetanse (Hummelvoll 2004, Tveiten 2001).

Pedagogikk er både et teoretisk og praktisk fagområde, og retter seg mot menneskets livslange læring. Det handler om undervisning, oppdragelse, opplæring, sosialisering og påvirkning av den personlige utvikling. Den mer praktiskrettede, eller didaktiske delen av fagområdet, omhandler kunnskap om hvordan man legger til rette for den enkeltes læring. Pedagogikk er påvirket av kunnskap fra mange ulike fagområder, blant annet psykologi, sosiologi, filosofi, og idéhistorie (Dale 1998, Rørvik 1998, Gundem 1998).

2.1. Didaktikk

Didaktikk som pedagogikkens praksisteori har vært omdiskutert og omstridt (Engelsen Ulstrup 2000). De endringene som skjedde i den didaktiske forståelsen på 1970 tallet, oppstod som en protest mot den teknologiske mål-middel tenkningen, eller kunnskapsformidlingen i pedagogikken. Det oppstod et ønske og behov for å få vite mer om hvilke faktorer som fremmet eller hemmet læring. Målet var å rette fokus mot elevenes læringsaktivitet, og lærerens rolle. Man ønsket å utvikle didaktikk som en teori for undervisning, og ikke om undervisning(ibid). Engelsen Ulstrup (2000) mener det er usikkert om denne endring av praksis har ført til mer aktivitet og ansvar, og viser til at det er en manglende tro på at denne nye holdningen har noe for seg. Hun mener at det fører til at didaktikk retter seg mest mot lærernes aktivitet, og ikke elevenes.

Selv om didaktikk er omstridt, og ikke har nådd sine intensjoner på 70-tallet, så regnes den som teorigrunnlaget for praktisk pedagogisk arbeid. Didaktisk teori kan forstås som ”et instrument til å plukke ut og integrere teori og forskning som grunnlag for refleksjon i planlegging, gjennomføring og vurdering av undervisning”(Rørvik 1998 s.87).

Den norske varianten av didaktikk, som er påvirket av den tyske didaktikken, kan forstås i lys av begrepene ”Hva”, ”Hvordan”, ”Hvorfor”. Å legge til rette for læring handler om å finne svar på disse spørsmålene: ”Hva skal den lærende lære?”, ”Hvorfor skal hun lære det?” og ”Hvordan skal hun lære det?”. Disse spørsmålene henger sammen, og svarene på et av dem påvirker de andre. Å lære er en aktivitet som påvirkes fra flere fronter, og av mange faktorer. Å skaffe en systematisk oversikt over disse faktorene, har vært forsøkt gjort på flere måter (Gundem1998, Rørvik 1998).

Didaktisk teori sier noe om premissene for læring. Didaktisk praksis kan beskrives som anvendt teori, eller praktiske handlingsanvisninger for undervisning. Premissene for læring

kan regnes som de valg tilretteleggeren gjør av normativ karakter. Dette gjør vedkommende på bakgrunn av egen forståelse og mening om hva som er god og riktig tilrettelegging for andres læring. Læring påvirkes også av deskriptiv kunnskap. Det handler om kunnskapssyn, menneskesyn, politikk og moral. Til slutt fremkommer handlingspremissene som er teoretikerens råd til den skal legge til rette for andres læring (Rørvik 1998).

”Didaktisk tenkning” utvikles ved at man som utøvende pedagog finner frem til sine egne faglige begrunnelser for det man gjør når man legger til rette for læring hos andre. Disse begrunnelsene fremkommer gjennom bearbeiding og refleksjon over pedagogikkens og didaktikkens normative premisser, og deskriptive kunnskap. Tilretteleggeren finner frem til holdbare teorier om læring, og utvikler forståelse for kunnskap, mennesket, moral og politikk. Dette er ”didaktiske tenkning” som danner grunnlaget for den enkeltes pedagogiske handlingsgrunnlag (Gundem 1998, Rørvik 1998).

2.2. Grunnlaget

De ulike premissene for læring samles til ulike læringsteoretiske grunnsyn. Didaktikkens læringsteoretiske grunnsyn er kognitiv teori (Rørvik 1998)

Kognitiv læringsteori sier at menneskets kognitive funksjoner er sterkt involvert i læring. Frøyen (1998 s.119) definerer læring som ”å forandre seg, eller forandres ved å gjøre, lagre, og tankemessig bearbeide langtidslagrede huskede erfaringer”. Dette krever evne til kognitiv bearbeiding, mulighet til det, og erfaringer eller opplevelser som gir noe å bearbeide.

Nye inntrykk og erfaringer bearbeides, sammenholdes med tidligere erfaringer og kunnskap, og ny oppfatning oppstår. Læring har skjedd. Kunnskapen konstrueres via skjemaer og kognitive strukturer som den enkelte har opparbeidet seg fra før. Resonnering og refleksjoner beskrives som en ”mental vandring i disse strukturer” (Rørvik1998 s.100).

Rørvik(1998) viser til Piagèts teorier om at læring skjer på to måter. Gjennom assimilasjon, ved at ny kunnskap tilpasses tidligere skjema. Da utvikles, og vokser kunnskap om samme tema. Eller ved akkomodasjon, hvor ny kunnskap ikke passer inn i gamle skjemaer, det oppstår en ubalanse, og skjemaet forandres. Det oppstår ny kunnskap. Denne forståelsen er basert på likevektsprinsippet, som er noe mennesket vil strebe etter på grunn av et

grunnleggende behov om likevekt. Vekslingen mellom assimilasjon, akkomodasjon, og likevekt vil føre til kognitiv utvikling.

Kritikere som mente at det ikke var nok å forstå læring som noe som skjedde utelukkende i den lærende. Kommunikasjon, samhandling, og interaksjon mellom lærer og elever fikk større betydning innenfor læringsteoriene (Lundgren 1989, Bråten 1996).

Det utviklet seg to varianter av kognitiv teori, eller konstruksjonisme. Det moderat konstruksjonistiske, hvor læringen var avhengig av en tilrettelegger som fant frem til relevant kunnskap og relevante arbeidsmåter, og som styrte læringen i noen grad. Kritikere kaller dette for læring ved passiv betinging. Den radikale konstruksjonistiske retningen innebærer at den lærende konstruerer ny kunnskap helt på egen hånd. Dette kan kalles at læring skjer ved aktiv kognisjon (Rørvik1998).

Nyere kognitiv læringsteori inneholder begge disse variantene, av konstruksjonisme. Og begge teoriene er egnet til å begrunne nyttige og nødvendige læringsmåter og metoder, avhengig av type kunnskap, omstendigheter og mål. Moderat konstruktiv teori begrunner undervisning med vekt på innhold. Radikal konstruktiv teori begrunner undervisning med vekt på prosess(ibid)

Et viktig element innenfor didaktisk teori er at det skal foregå en refleksjon over alle faktorer som påvirker læringssituasjonen. Evnen til å legge til rette for læring er ikke bare avhengig av kunnskap om didaktiske forhold, men også evne til å reflektere over dette. Refleksjon handler om evne og vilje til å tenke over, og sette ting inn i en sammenheng (Glinsvad 1993, Dale 1992). I denne studien forutsetter jeg at det har vært refleksjon over den didaktiske kunnskapen, fordi psykiatriske sykepleiere har trening i å reflektere, og gjør det automatisk.

2.3. Didaktiske grunntema

Didaktisk kunnskap er ordnet i flere modeller som forsøker å gi en oversikt over de ulike faktorer som fremmer eller hemmer læring. I denne studien er didaktisk teori en del av det rammeverket som behøves for å finne frem til kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Didaktisk teori brukes både som grunnlag for å finne frem til, og forstå psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”, og pedagogiske handlingsgrunnlag.

Jeg skaffet meg kunnskap om psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet gjennom semistrukturerte kvalitative intervju. Beskrivelsene ble samlet, strukturert og ordnet i kategorier for videre analyse. Hovedkategoriseriene ble utarbeidet på bakgrunn didaktisk teori som jeg mener representerte ”didaktisk tenkning”. Rørvik`s (1998) didaktiske grunntema er en fremstilling av didaktisk teori som er en måte å strukturere disiplinen didaktikk på. De didaktiske grunntema inneholder også konkrete, praktiske handlingsanvisninger forundervisning. Det handler om tre grunntema, som i inndeling og navn beskrives litt ulikt i litteraturen, men som dreier seg om de samme områder: ”Intensjoner - mål og innhold, Arbeidsvilkår - læreforutsetninger og rammevilkår, Fremgangsmåter - undervisning og vurdering”(Rørvik 1998 s.88).

En litt enklere og omarbeidet variant av de ”didaktiske grunntema” er modell for inndelingen av kapittel 5 i denne studien. Denne tilpasningen er gjort av meg. I kapittel 5 beskrives, forstås og vurderes psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”. De ”didaktiske grunntema” bidrar til kategorisering av respondentenes beskrivelser av sitt pedagogiske arbeid. Og danner grunnlaget for sammenligning av respondentenes ”didaktiske tenkning” med didaktisk teori.

Innholdet i og betydningen av de didaktiske grunntema gjøres det rede for i kapittel 5. Detaljerte beskrivelser av didaktisk teori som praktiske handlingsanvisninger, blir det gjort rede for i forhold til mening og innhold i de enkelte funn i kapittel 5. Ved å sammenligne respondentenes ”didaktiske tenkning” og didaktikkens handlingsanvisninger, blir eventuelle likheter og forskjeller avslørt. Dette bidrar til tydeliggjøring av psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag ved at forholdet mellom didaktisk teori og psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” kommer frem.

2.4. Oppsummering

Didaktisk kunnskap danner grunnlaget for systematisering og forståelse av respondentenes beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid. Didaktikk er pedagogikkens praksisteori og er representerer kunnskap premisser for læring (Gundem1998, Rørvik1998).

Det læringssynet som preger didaktisk teori i dag, er det kognitive læringssyn. De kognitive funksjoner er involvert når læring skjer. Menneskets evner og muligheter til tenkning er i

fokus. Dette gir retning til ulike læringsmåter og former. Den som har ansvar for å legge til rette for andres læring må ta hensyn til dette.

Didaktisk teori en del av studiens teoretiske rammeverk. For å finne frem til hva som kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag tar jeg utgangspunkt i Rørviks(1998) ”didaktiske grunntema”. De representerer didaktisk kunnskap, og en måte å organisere den på. Når jeg leter etter de meningsbærende elementene i respondentenes beskrivelser av sitt pedagogiske arbeid, er det innholdet i de ”didaktiske grunntema” som er mal for arbeidet. De ”didaktiske grunntema” er også modell for kategoriseringen av de meningsbærende elementene i teksten. Kategoriene og innholdet i dem er representative for forståelsen av begrepet ”didaktisk tenkning”. ”Didaktisk tenkning” henspeiler på den enkeltes didaktiske kunnskap og forståelse, det individuelle pedagogiske handlingsgrunnlag.

Beskrivelse, forståelse og vurdering av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” skjer i kapittel 5. Beskrivelse av innholdet i de ”didaktiske grunntema” gjør jeg i kapittel 5.

3.0. Psykiatrisk sykepleie

Dette kapittelet skal gi et innblikk i hva psykiatrisk sykepleiere er og handler om. Når respondentene i denne studien beskriver sitt pedagogiske arbeid er det viktig å kjenne til grunnlaget for det faget de har. Det handler om hva slags kunnskaper, ferdigheter, menneskesyn, menneskeforståelse, samt faglig tenkning, som gir faget innhold, identitet og tilhørighet.

Dette forteller også om den enkeltes forforståelse. Innenfor hermeneutisk forståelse av kunnskap, har den enkeltes forforståelse stor betydning (Hjardemaal 2002). I denne studien er målet å finne frem til, beskrive og forstå psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” og pedagogiske handlingsgrunnlag. Og psykiatrisk sykepleie-teori er en del av den enkelte respondents forforståelse. Psykiatrisk sykepleieteori brukes også til å forstå respondentenes beskrivelser av sitt pedagogiske arbeid. Psykiatrisk sykepleie er en også en del av studiens teoretiske rammeverk.

Dette kapittelet her vil bare gi en generell overordnet forståelse av faget psykiatrisk sykepleie, av grunnlaget, fundamentet, og de sentrale sykepleieverktøy. Jeg vil også gjøre rede for den pedagogiske delen av deres virksomhet. Spesielle forhold, eller detaljer ved psykiatriske sykepleie som brukes for å forstå funn i kapittel 5 blir forklart og utdypet fortløpende i drøftingen.

3.1. Målgruppen

Psykiatrisk sykepleie handler om å yte sykepleie til mennesker med psykiske lidelser. Å være psykisk syk er å ha redusert, eller dårlig psykisk helse. Psykiske lidelser er regnet som sykdom i internasjonale diagnosesystemer, og i samfunnet for øvrig. Det har utviklet seg en rekke tverrfaglige systemer som kan bidra med hjelp og støtte til mennesker med psykiske lidelser. Psykiatrisk sykepleie er en av dem.

Å omtale psykiatriske sykepleieres arbeidsfelt er ikke enkelt. Det etterlyses stadig forklaringer og tydeliggjøringer av hva dette handler om (Hummelvoll 2004). Psykiatrisk sykepleie som fag, har utviklet seg mot en mer selvstendig rolle etter hvert, tidligere var deres funksjon knyttet til leger og psykiateres forståelse av, og behandling av psykiske lidelser. I dag har psykiatriske sykepleiere en selvstendig rolle innenfor psykisk helsevern, spesielt innenfor de kommunale tjenester. Da videreutdanningen for gruppen ble tverrfaglig fikk psykiatriske sykepleiere kolleger med en helt annen fagutdanning, men med kompetanse innefor psykisk helsevern.

Psykisk sykdom kan påvirke både følelsesliv og atferd. Den psykisk syke kan oppleve nedstemthet, redsel, endret virkelighetsoppfatning, angst, og/eller hallusinasjoner, lav selvfølelse, skamfølelse og dårlig selvilde. Dette påvirker tenkning, impulskontroll, evnen til å knytte relasjoner til andre, og arbeidsliv. Konsekvensene kan bli ensomhet, tilbaketrekning, og isolasjon, noe som igjen kan forsterke de negative følelsesmessige symptomene (Dahl m.fl.1994).

Utviklingen av psykiske lidelser forklares på ulike måter. Vanskeligheten med å gi entydige forklaringer på dette har nok bidratt til fantasier, og stigmatisering. Forståelsen har forandret seg gjennom ulike tider.

Den medisinske forståelsesmodell ser på psykiske lidelser som sykdom. Den psykodynamiske modell mener lidelser skyldes avvik i tidlige stadier av menneskets utvikling. Den eksistensielle modellen peker på at en opplevelse av fremmedgjøring, å leve uekte, og ikke være i kontakt med sitt sanne jeg, gir symptomer på psykiske problemer. Den sosial modellen hevder at mennesket er et produkt av samfunn og sosial sammenheng. Avvik defineres som brudd på kulturelle normer. Læringspsykologisk modell mener at all atferd er lært, og at ved å forandre atferd vil følelsene også endres (Hummelvoll 2004).

Psykiatriske sykepleiere henter kunnskap og forståelse fra flere fagområder, psykiatri, psykologi, samfunnsvitenskap og sykepleieteori. De har en eklektisk holdning til arbeidet sitt. Likevel kan en si at det har utviklet seg en del fellestrekk som kan kalles et "sykepleie-standpunkt", og som kan kalles grunnlaget for psykiatrisk sykepleie (ibid).

3.2. Grunnlaget

Å yte psykiatrisk sykepleie er å hjelpe den psykisk syke med de problemer som den enkelte opplever å ha, eller som omgivelsene mener å påvise. Det er i de situasjoner hvor den enkelte ikke selv klarer å ta ansvar for sitt eget liv, løse sine problemer, styre sitt liv, og motvirke ubalanse i helsetilstanden, at behovet og nytten av psykiatriske sykepleiere oppstår (Andersen A.J.W. & B. Karlsson 2001)

Psykiatriske sykepleieres praktiske arbeid er å yte omsorg, delta i behandling, bidra til lindring, forebygge ytterligere plager, fjerne eller dempe helsehindre, hjelpe den enkelte til å leve med sine plager og problemer, og å yte praktisk hjelp (Hummelvoll 2004).

Psykiatrisk sykepleie er "planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk" (Hummelvoll 2004 s. 46). Sykepleie er å bidra til at den enkelte skal klare å frigjøre seg fra det som hindrer positiv utvikling og modning (Aanderaa 1994). Hjørnesteinene i den hjelpende relasjonen er å yte omsorg, skape trygghet, tilfredsstillelse, nøytralisering, identifikasjon, støtte av selvaktelsen og selvfølelsen, bidrag til jeg-støtte, støtte av selvstendighet, innsikt og bevisstgjøring, å være og å møte (Lindstrøm 2003). Disse hjørnesteinene bygger på en holistisk-eksistensiell tilnærming, og bør ligge til grunn for all sykepleie (Hummelvoll 2004).

Den hjelpende relasjonen, som er en forutsetning for alt hjelpearbeid, kalles sykepleier-pasient-fellesskapet. Det danner grunnlag for samhandling, samarbeid og allianse. Målet med

fellesskapet er å gi pasienten økt selvinnsikt, og situasjonsforståelse. Det skal bidra til økt egenomsorgsevne, og løsning av helseproblemer (Hummelvoll 2004).

Vestlig sykepleie bygger på en felles filosofi, det humanistiske menneskesyn. Mennesket er i utgangspunktet unikt og selvstendig. Det har ønske, behov, rett og plikt til å være deltager i sitt eget liv. Og å ta med- og delansvar i sitt eget helsearbeid, så langt det er mulig. Styrking av egenomsorgsevnen er et naturlig mål for alt hjelpearbeid. I følge det holistisk perspektivet sykepleien har skal mennesket forstås ut fra sin livssituasjon, og anerkjennes som enestående. Mennesket har både biologiske, psykologiske, åndelige og sosiale behov som grunnlag for identifisering av behov, og iverksettelse av hjelpe tiltak (ibid).

Omsorg er et sentralt kjennetegn ved sykepleiefaget. Omsorgsfilosofen Martinsens(1989) sier at omsorgen har tre fundamentale kvaliteter. Det relasjonelle, som omhandler forholdet mellom mennesker. Det praktiske, som handler om det vi gjør for å vise omsorg. Og det moralske som uttrykker vår grunnholdning. Omsorgen kommer til uttrykk i relasjonen, i handlingene, og i holdningene til sykepleieren. Den moralske omsorgen vises ved at hjelperen ”sørger med” den lidende, og setter seg inn i den andres situasjon ved å ha evne til empati. Ved å ”sørge for” den hjelpetrengende uttrykkes den praktiske siden av omsorgen. Å klare å yte hjelp på en slik måte at den enkeltes behov blir ivaretatt, samtidig som den hjelpetrengende opplever seg respektert og forstått, er et uttrykk for den relasjonelle omsorgen (Bø 1996).

Omsorgsaspektet i sykepleien er det som gjør at pasienten føler seg respektert, og verdsatt (Lindstrøm 2003). Disse følelsene er viktige utgangspunkt for å få til en profesjonell og målrettet samarbeidssituasjon.

Det hjelpende samarbeidsforholdet er grunnlaget for sykepleiernes sentrale arbeidsmetode, som er sykepleieprosessen. Det er en problemløsnings- og kommunikasjonsprosess. Problemløsningsprosessen er en praktisk arbeidsmetode som skal sikre pasienten god og riktig hjelp. Den er både teknologisk og relasjonsrettet. Sykepleieprosessen er avhengig av samarbeid, fellesskap, nærhet, men også distanse mellom pasienten og hjelperen. Distansen er nødvendig for at sykepleieren skal klare oppfatte pasientens problemer og ressurser (Hummelvoll 2004).

Sykepleieprosessen forutsetter at psykiatriske sykepleiere har kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Relasjonen og kommunikasjon er uløselig knyttet sammen når man utøver psykiatrisk sykepleie. "It has been stated that communication is a process which can enable a nurse to establish a human-to-human relationship" (Travelbee 1971). Relasjonen er grunnenheten og bærebjelken i sykepleier-pasient forholdet (Aanderaa 1994). Den beskrives også som "mulighetenes rom" (Lindstrøm 2003 s.38).

3.3. Psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid

Utgangspunktet for denne studien er behovet for å tydeliggjøre psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet.

Psykiatrisk sykepleie rettet seg primært mot behandling av sykdom, og omsorg til syke. Dette har endret seg til nå også å omfatte forebygging. Her har pedagogisk kunnskap og kompetanse stor betydning. Det pedagogiske arbeidet innen sykepleiefaget har tradisjonelt vært rettet mot forebygging og helseopplysning (Häggstrøm 2003). Pedagogisk virksomhet er et verdifullt bidrag til sykepleiernes fokus på forebyggingsaspektet innen faget. Det pedagogiske arbeidet er også et bidrag til individuell helsehjelp, fordi styrking av egenomsorgsevnen, dreier seg om å utvikle mestrings-, og handlingskompetanse.

Mestringshjelp er pedagogisk virksomhet basert på pedagogisk kunnskap og kompetanse. Helsepedagogikk handler om strategier for å støtte opp om helseprosesser for enkeltmennesker og grupper på samfunnsnivå (Tveiten 2001, Hummelvoll 2004).

Det er også slik at ulike lover styrker pasientens rett til medvirkning, påvirkning og informasjon. Dette stiller krav til sykepleierens evne til å informere og videreformidle kunnskap. Lov om helsepersonell ([LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven), og Pasientrettighetsloven ([LOV-1999-07-02-63](#) Pasientrettighetsloven) sier at helsepersonell har plikt til å gi informasjon om helsetilstand, og innhold i sykepleien. Pasienten har rett til medvirkning og innsikt i sin helsetilstand.

Sykepleieren har plikt til å sikre seg at pasienten har forstått informasjonen og betydningen av opplysningene. Disse skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. Den største utfordringen for helsepersonell i fremtiden kan bli å veilede den opplyste pasient gjennom jungelen av tilgjengelig kunnskap (Granum 2003).

Sykepleiernes pedagogiske arbeid beskrives på ulike måter. Som informasjon, instruksjon, råd, undervisning, veiledning, helseopplysning, samtale med, og støtte (Gedda 2003, Granum 2003). Tveiten (2001) sier at pedagogisk arbeid er alle gjøremål som fører til vekst, utvikling, læring og mestring.

Undervisning er en interaktiv prosess med det formål å knytte sammen erfaring, kunnskaper, forventninger, og opplevelser på et meningsfullt vis for den enkelte (Bergh 2002).

Forskere ved Vårdpedagogisk Institut ved Universitetet i Göteborg, har fremskaffet mye kunnskap om sykepleiernes pedagogiske arbeid. Deler av deres forskning er utgangspunktet for denne studien. De konkluderer med at klare pedagogiske uttrykk og beskrivelser er fraværende. Undervisningen er preget av å være ubevisst og ikke-planlagt, spontan og ureflektert. Den består overveiende av formidling av fakta, og foregår som enveiskommunikasjon fra profesjonell til pasient. Innholdet i informasjonen er preget av legitimering av sykepleiernes handlinger, mer enn av pasientens behov. Sykepleierne har ikke en individualisert pedagogisk holdning. Helsepersonell har begrenset kunnskap om undervisningsstrategier. Det er et sprik mellom den undervisningen helsepersonell gir, og det pasientene svarer at de får (Philhammar Anderssen 2003, Gedda 2003, Granum 2003, Friberg 2001).

De samme forskerne mener det er flere grunner til at sykepleiernes pedagogiske arbeid er slik. Den pedagogiske funksjonen er selvlært. Pedagogisk praksis er lært gjennom modellering, og er ubevisst overtatt via tradisjoner. Pedagogikk er ikke vektlagt som eget fag i utdanningene og i helsevesenet. Det betraktes som en integrert del av omsorgsarbeidet. Sykepleiere mangler pedagogisk opplæring. Den pedagogiske virksomheten er ikke diskutert, definert eller problematisert. Sykepleierne ser ikke den pedagogiske funksjonen som en del av sin yrkesrolle. Pedagogikk er det noen andre som kan. Pedagogisk kompetanse etterspørres ikke av arbeidsgiver, fagmiljøene, eller virksomhetene. Legenes kunnskap og virke har alltid vært vurdert høyere enn sykepleiernes, og det har påvirket hvilke områder som har hatt prioritet. Behandling har vært prioritert foran forebyggings- og omsorgsarbeid. Til tross for at sykepleierne tror og mener at de har en individualisert pedagogisk holdning, så har denne medisinske dominerende avvikstenkningen ført til at det enkelte menneskets behov og ressurser i praksis ikke får betydning (ibid).

Praktisk pedagogisk arbeid som ikke utøves godt nok kan lede til kontroll, og ikke frigjøring av den enkeltes ressurser. Sykepleieren kontrollerer pasientens muligheter ved at det pedagogiske arbeidet er for dårlig. Dette strider både mot den pedagogiske, og den psykiatriske sykepleiefaglige grunntanke (Pilhammar Anderssen 2003, Hummelvoll 2004).

Den ureflekterte reproduksjonen av for faglig dårlig pedagogisk arbeid kan fortsette i helsevesenet. Sykepleierne fortsetter å mangle kunnskap om ulike måter å bedrive kunnskapsformidling på, og om hvordan mennesker lærer. De får et ureflektert syn på kunnskap og læring, og de oppfatter ikke at det finnes alternativer til deres måte å handle på. Sykepleierens pedagogiske kompetanse kan komme til å reduseres til en praksisvirksomhet uten krav til kritisk refleksjon eller språkliggjøring av den. Det er til fare for sykepleierens pedagogiske profesjonalitet og troverdighet, og for kvaliteten på det pedagogiske arbeidet (Gedda 2003).

Det er gjort lite forskning på psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid. Forskningen fra universitetet i Gøteborg dreier seg om sykepleiere med grunnutdanning, og videreutdanninger ikke spesifikt knyttet til psykisk helsevern.

Den Amerikanske sykepleieforskeren Patricia E. Freed (1998) gjorde en undersøkelse av psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet. Hennes forskning viser at psykiatriske sykepleiere er mye involvert i undervisning og opplæring av mennesker med psykiske lidelser. Dette til tross for at pasientene tradisjonelt ikke er motiverte for undervisning, eller læring (Freed 1998).

Freed`s(1998) undersøkelse konkluderte med at psykiatriske sykepleiere har en ”pedagogisk sinnstilstand” (The teaching way”). De psykiatriske sykepleierne har oppmerksomhet mot ulike læringsmuligheter, og de har en forpliktelse og et engasjement i forhold til læring som stammer fra troen på at læring er viktig for pasientens overlevelse.

Deres posisjon i forhold til legene har betydning for det pedagogiske arbeidet. De har en ”midt i mellom posisjon”, ”Being In Between”, som styrer mye av innholdet i det pedagogiske arbeidet (Granum 2003) De avventer informasjon fra legen før de underviser eller informerer pasienten. Denne underordnede rollen har betydning for når og hvordan pasienten får informasjon, og blir undervist. Sykepleierne tar på seg rollen som bindeledd

mellom lege og pasient slik at pasienten får den informasjonen han trenger. Grunnholdningen som kommer frem mener Freed(1998) er at de psykiatriske sykepleierne mener at de er til for pasienten, og ikke kan fraskrive seg ansvaret for at pasienten skal få undervisning og opplæring.

Psykiatriske sykepleieres væremåte har betydning for deres pedagogiske arbeid. De er opptatt av å "se" pasienten, "Seeing Inside"(Granum 2003, Freed 1998). Det handler om å akseptere pasienten som den han, eller hun er. De psykiatriske sykepleierne anstrenger seg for å få detaljer om pasientens liv og problemer. De ønsker å forstå grunnene til pasientens oppførsel, og å identifisere hva pasienten trenger å vite. Og de ønsker å finne en tilnærming som passer den spesielle pasienten(Waiting, looking and reflection)(Freed 1998). Det handler om å få en dypere innsikt i den enkelte pasientens behov og ressurser.

Freeds (1998) konklusjon, på bakgrunn av dette er at det unike med psykiatriske sykepleieres undervisnings- og opplæringsfunksjon er "utholdenhet" ("Preseverance"). Deres pedagogiske arbeider preges av tiltro, tålmodighet, akseptering, håp, omsorg, og tro på endring over tid. De psykiatriske sykepleierne gir ikke opp målet om læring for sine pasienter, de er kreative, og de bruker ulike situasjoner og innfallsvinkler for å gjennomføre det pedagogiske arbeidet. (Granum 2003, Freed 1998)

3.4. Oppsummering

Temaet for studien er faggruppen psykiatriske sykepleiere og deres pedagogiske virksomhet.

Psykiatrisk sykepleie sees på som et samarbeidsforhold mellom en som trenger hjelp, og en som gir det. Psykiatriske sykepleiere yter sykepleie til mennesker med psykiske lidelser. De har en eklektisk holdning til arbeidet sitt. Det vil si at de henter kunnskap fra mange fagområder i utøvelsen av faget sitt. Psykiatrisk sykepleie er å yte omsorg, delta i behandling, lindre, forebygge, og styrke den enkeltes egenomsorgsevne. Relasjonen, kommunikasjonsevnen, kartleggingskompetanse, og handlingsberedskap og kompetanse er blant annet de verktøyet psykiatriske sykepleiere har i arbeidet sitt. Utgangspunktet for den hjelpen de gir er pasientenes problemer. Å yte psykiatrisk sykepleie er å hjelpe mennesker til å bli i bedre stand til å løse sine problemer selv.

Psykiatriske sykepleiere arbeider også pedagogisk for å hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Pedagogisk virksomhet har en lang tradisjon innenfor sykepleiefaget. Forskning viser at dette pedagogiske arbeidet er for dårlig. Sykepleiere mangler pedagogisk kompetanse. Forskere fra Vårdpedagogisk Institut i Gøteborg har forsket mye på sykepleiernes pedagogiske arbeid. Pilhammar Andersson (2003) er en av dem som har arbeidet med slik forskning i mange år, og hun sier at sykepleiere blant annet må utvikle didaktisk tenkning for å kunne utøve sitt pedagogiske arbeid.

Dette er utgangspunktet for denne studien. Jeg ønsker å finne frem til hva som kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Det pedagogiske handlingsgrunnlag er den kunnskap om læring og tilrettelegging for læring som den enkelte har. Denne kunnskapen er det som jeg kaller ”didaktisk tenkning”.

For å finne frem til kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” kategoriserer og forstår jeg beskrivelser av deres pedagogiske praksis. Didaktisk kunnskap som fremkommer i deres beskrivelser av praksis, samles i kategorier som representerer de didaktiske grunntema (Rørvik 1998). Slik finner jeg frem til innholdet i deres ”didaktiske tenkning”. Den didaktiske kunnskapen kalles de emningsbærende elementene i deres beskrivelser. De meningsbærende elementene er det som kategoriseres i hoved- og underkategorier etter mening.

For å forstå deres didaktiske tenkning bruker jeg Kvaes (2001) tolkningskontekster. Først forstår jeg deres didaktiske tenkning i lys av ”kritisk tolkning basert på sunn fornuft”. Siden jeg er psykiatrisk sykepleier av fag er det viktig å gjøre rede for psykiatrisk sykepleie. Min fagbakgrunn er en del av min forforståelse, og vil prege min tolkning av data. Videre skjer en teoretisk forståelse av funn. Da forklarer jeg respondentenes beskrivelser av sin ”didaktiske tenkning” i lys av psykiatrisk sykepleieteori. Det er naturlig å gjøre dette siden det er respondentenes fagbakgrunn, og siden pedagogisk arbeid er en del av psykiatrisk sykepleie. Da er det viktig å gjøre rede for innhold, utforming, og grunnlaget for psykiatrisk sykepleie.

4.0. Metode

Dette kapittelet er en beskrivelse av hvordan jeg fant frem til kunnskap om psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag.

4.1. Vitenskap

Vitenskap handler om å finne frem til mest mulig sann kunnskap om et fenomen. Sannhet er relativt, og vurderes innenfor forskning gjennom beskrivelsen av forskningsmetoden, og bruken av den. Et generelt krav til bruk av vitenskapelig metode er at den skal være systematisk, kritisk, og kunne kontrolleres. Den skal utøves på en bestemt måte, og etter fastsatte retningslinjer, slik at det blir en ”rasjonell aktivitet, sentrert rundt fremlegging av argumenter og evidens” (Kvernbekk 2002 s.22).

En vitenskapelig holdning kjennetegnes ved at man som forsker søker etter erkjennelse av allmenn gyldighet, lar andre få innblikk i resultatene, gjør teorier og data til felleseie for å kunne kontrollere dem, og utviser systematisk skepsis (Hjardemaal 2002). I denne studien har jeg hatt som mål å være systematisk, og kritisk gjennom hele forskningsprosessen. Og jeg har beskrevet mine fremgangsmåter og hensikter, og slik lagt til rette for at hele forskningsprosessen kan kontrolleres.

Det ansees enklere å vurdere kvaliteten på kvantitative undersøkelser, enn på kvalitative, fordi både prosess og resultat er lettere å måle. Det kan være vanskelig å bruke de samme metodene for å vurdere kvaliteten på kvalitative undersøkelser. Noen forskere avviser denne muligheten totalt, mens andre, blant annet Kvale (2001), mener at de tradisjonelle metodene kan omformes slik at de blir nyttig for kvalitative undersøkelser.

Ved å gjøre rede for det teoretiske utgangspunkt for det som skal undersøkes, kan leseren se om det er samstemmighet mellom undersøkelsens teoretiske utgangspunkt og konklusjonen, eller svaret på problemstillingen. Kravet til vitenskapelighet innenfor kvalitativ forskning er at det skal være mulig å følge forskerens resonnement, og det skal være en ”rød tråd” synlig gjennom hele forskningsprosessen (Dahlberg 1997). For å møte dette kravet har jeg ikke bare gjort nøye rede for hensikten med studien, og fremgangsmåten, men også for min egen forforståelse. Forforståelse handler om det som preger og ”farger” mine valg og tanker i arbeidet med denne studien.

4.2. Kvalitativ forskning

Valg av metode styres av hvilken type kunnskap man er interessert i. Jeg er i denne studien interessert i kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Det regnes som kvalitative data, og fremskaffes gjennom bruk av kvalitative forskningsmetoder (Widerberg 2001).

Kvalitativ forskning har ulike tradisjoner, og kan gjennomføres på mange ulike måter. Fenomenologi representerer en tradisjon for å fremskaffe kvalitativ viten. Det er både en filosofi, og et kvalitativt forskningsdesign. Som filosofi handler fenomenologi om den enkeltes umiddelbare opplevelse av tingene eller begivenhetene, slik det viser seg for den enkelte (Johannesen, Tufte & Kristoffersen 2006). Som forskningsmetode handler fenomenologi om å oppdage, klargjøre og beskrive menneskets egen opplevelse av sin "livsverden". Kunnskap om menneskets livsverden fremskaffes gjennom tilgang til den enkeltes erfaringer (Nystrøm 2003). Tilgang til den enkeltes erfaringer kan fåes på flere måter, både ved at den enkelte forteller meg om sine erfaringer, eller viser meg dem. Forståelse av disse erfaringer er avhengig av min evne til å oppfatte, og forstå, og min tolknings-, eller forståelseskompetanse. Til dette arbeidet har jeg hjelp av ulike metoder. I denne studien skaffer jeg meg tilgang til den enkelte respondentens erfaringer gjennom deres egenbeskrivelse av sitt pedagogiske arbeid. Det gjør jeg ved hjelp av kvalitative, semistrukturerte intervju. Datainnsamling i et fenomenologisk perspektiv innebærer at det er den enkeltes erfaringer og opplevelser av dem som er i fokus (Kvale 2001).

Forståelse av data skjer gjennom at jeg som forsker tolker og forstår det respondentene forteller meg i intervjuene. Fortolkning av skjer ved en vekselvirkning mellom deler og helhet av teksten, den hermeneutiske spiral, eller sirkel. Det er en dynamisk prosess innefor hermeneutisk metode som handler om å forstå gjennom fortolkning av meningen med et fenomen (Hjardemaal 2002).

4.3. Kvalitetsvurdering av forskningsprosessen

Som beskrevet tidligere i dette kapittelet, så er noe av det som gjør kvalitativ forskning vitenskapelig at den kan etterprøves, og granskes.

4.3.1. Reliabilitet og validitet

Ved å vurdere forskningsprosessens reliabilitet og validitet kan kvaliteten ved arbeid, prosesser, forståelse og resultater vurderes.

Reliabilitet, handler om forskningens pålitelighet, og vurderes i forhold til forskerens evne til å velge ut relevante data, samle dem inn, og analysere/bearbeide dem. Validitet handler om forskningens gyldighet, om troverdighet og overførbarhet, og intern og ekstern validitet (Johannessen m.fl. 2006) Disse to prosessene kan vanskelig skilles fra hverandre, fordi de påvirker hverandre i så stor grad.

Jeg vil vurdere pålitelighet og gyldighet i alle deler av forskningsprosessen. Disse vurderingene gjør jeg fortløpende i dette kapittelet.

4.3.2. Generaliserbarhet/overføringsverdi

Målet med vitenskapelig forskning er å komme frem til kunnskap som er til nytte, og som kan brukes til å bedømme en ny situasjon. Kunnskapen skal gi handlingsberedskap, og ha overføringsverdi (Kvale 2001).

Det er ikke mulig for meg å påstå at jeg i denne studien har fremskaffet generalisert viten om psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Til det er studien for liten i både tid og omfang. Men gjennom nøye kvalitetsvurdering av hele forskningsprosessen mener jeg at jeg har klart å fremskaffe sann kunnskap om kjennetegn ved 5 psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Det gir overføringsverdi i forhold til at denne kunnskapen eventuelt kan brukes som grunnlag for videre fokus og studie av fenomenet. Den gir antydninger i forhold til hvilken retning andre undersøkelser kan ha. Og jeg mener at jeg også har vist en måte å fremskaffe slik kunnskap på.

4.3.3. Etiske vurderinger

Alle faser av et vitenskapelig arbeid må vurderes i forhold til etiske implikasjoner (Kvale 2001). I forhold til tema for denne studien, så bør nytte og skade-perspektivet vurderes. Intensjonen med denne studien er å bidra til kvalitetssikring av det praktiske pedagogiske arbeidet. Det regner jeg som nyttig forskning, fordi mennesker med psykiske lidelser vil kunne få bedre hjelp.

I forhold til skade-perspektivet, så handler det om jeg eventuelt kommer frem til kunnskap som kan skade noen. Hvis deltagerne i studien føler seg krenket eller utnyttet, faller det inn under skadeprinsippet. Jeg anser ikke studien, eller resultatet av den som til skade for noen. Jeg søkte om tillatelse til å gjøre denne undersøkelsen hos fagfeltet (vedlegg 1). Det ble positivt svar, og ingen innvendinger, eller spesielle spørsmål angående dette (vedlegg 2). Det tar jeg som et tegn på at også andre innenfor fagfeltet ikke anså at min forskning kunne skade noen.

Å delta som informanter, eller respondenter i forskning kan føre til situasjoner for deltagerne som kan oppleves som utrygge, ukomfortable, og ufrie. Dette kan hemme forskningsprosessen, og påvirke resultatet av forskningen. Jeg har lagt vekt på at respondentene mine ikke skulle oppleve dette, ved å ta en del forhåndsregler. Respondentene ble plukket ut av andre enn meg, fordi de ikke skulle føle seg presset til å delta i undersøkelsen (vedlegg 3). Noe av bakgrunnen for dette var at jeg har en stor kontaktflate innenfor fagfeltet, og antagelig ville kjenne noen av respondentene. Jeg sørget også for å understreke at deltagelsen var frivillig i informasjonsbrevet som ble sendt ut (vedlegg 4), og i samtaler med den enkelte. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg fra intervjuene når som helst i prosessen, også i løpet av intervjuet (vedlegg 4). Fordi god kunnskap om det man skal gjøre gir opplevelse av forutsigbarhet og trygghet, fikk hver enkelt respondent tilbud om individuell og personlig informasjon om studien (vedlegg 4). Det ble også vektlagt både skriftlig og muntlig at alle deltagerne ble anonymisert, og at datamaterialet ville bli oppbevart i safe, og makulert etter at studien var avsluttet (vedlegg 4). Hver respondent underskrev også en samtykkeerklæring (vedlegg 5).

Under intervjuet var jeg opptatt av å behandle alle med respekt, og ikke få respondentene til å føle seg ukomfortable. Jeg mener at intervjuene var gjennomført på en slik måte at jeg ivaretok dette prinsippet. Min vurdering av intervjuene var at ingen følte seg forulempet, eller opplevde at de ikke hadde noe å bidra med. Flere av respondentene gav spontant uttrykk for at de hadde mer kunnskap om temaet, enn de selv hadde trodd.

4.4. Datainnsamling

4.4.1. Det kvalitative forskningsintervju

Tilgang til det enkelte menneskets erfaring, og opplevelse kan jeg få gjennom det kvalitative forskningsintervju.

Karlsson (2003) sier at et kvalitativt forskningsintervju kan sees på som en konstruksjon av en samtale på flere nivåer. Hvor de første tre punktene representerer den unike samtalen mellom forsker og intervjuperson.

1. Refleksjon hos informanten, distanse, avsluttet meningsinnhold.
2. Artikulere resultatet av sine refleksjoner i ord.
3. Forskerens forståelse av intervjupersonens ulike beskrivelser og utsagn.
4. Analyse.
5. Presentasjon.

I dette kapittelet vil Karlssons(2003) beskrivelser av intervjuets 4 første nivåer danne ramme for presentasjon forskningsprosessen for denne studien.

Nivå 1 i det kvalitative forskningsintervjuet handler om forskerens evne til å lede intervjuet, å sette respondentenes refleksjon i gang (Karlsson 2003). Her har både forberedelsene til intervjuene og selve kontakten mellom forsker og respondenter betydning. Jeg valgte å bruke et semistrukturert-kvalitativt intervju, for å fremskaffe data. De frie samtalene mellom respondentene og meg ble delvis styrt gjennom noen overordnede spørsmål, slik at vi skulle holde oss til tematikken (Kvale 2001). Den optimale innsikten i den enkeltes livsverden kan hemmes ved at det utarbeides en intervjuguide på forhånd, fordi samtalen styres. Fordi jeg hadde begrensninger i bruk av tid og ressurser fant jeg det likevel faglig forsvarlig å utarbeide en intervjuguide. Det gjorde undersøkelsen praktisk mulig, og ville etter mine vurderinger ikke forringe verdien av undersøkelsen. Når man har få respondenter bidrar en intervjuguide til å sikre at informasjonen som samles inn handler om de samme fenomener (ibid).

4.4.2. Utarbeidelse av intervjuguide

Det kvalitative intervjuet kan ha ulike utforminger, og ulik grad av styring. Mitt mål var at respondentene skulle fortelle mest mulig fritt om sitt pedagogiske arbeid, innenfor rammene

for intervjuguiden. Den sikrer at alle intervjuene handler om samme tema, og har samme vinkling. Det er ekstra viktig når materialet samles inn fra bare 5 respondenter. Sterk styring gjennom intervjuguide kan også ha negative sider. I forhold til at målet for denne studien er å få innblikk i den enkeltes livsverden, så kan sterk styring gjennom intervjuguiden føre til at nyttig informasjon ikke kommer frem. Dette har jeg forsøkt å kompensere for gjennom alle intervjuene ved å være bevisst på det.

Intervjuguiden var organisert i tre hovedspørsmål, utledet av Rørvik`s (1998) ”didaktiske grunntema”, intensjoner, arbeidsvilkår, og arbeidsmåter (Rørvik 1998 s.88).

”Hva gjør du av pedagogisk arbeid i løpet av en arbeidsdag?”

”Hva er hensikten med dette arbeidet?”

”Kan du fortelle meg detaljert hvordan du arbeider når du(her ønsket jeg å bruke respondentens egne eksempler på pedagogisk arbeid), og hvorfor du gjør som du gjør?”
(Vedlegg 6)

Disse spørsmålene ble ikke fulgt slavisk i intervjuene, men var utgangspunkt for en samtale omkring disse hovedområdene. Jeg mener at spørsmålene favner innholdet i Rørvik`s(1998) grunntema, og representerer didaktisk kunnskap, og didaktisk tenkning.

I arbeidet med å utvikle intervjuguiden gjorde jeg 5 prøveintervju. Dette var nyttig i forhold til å få erfaring i intervjuteknikk, og for å kunne justere tekst og innhold i intervjuguiden. Prøveintervjuene bekreftet at spørsmålene i intervjuguiden er relevante i forhold til studiens tema.

4.4.3. Valg av respondenter, og kontakt med forskningsfeltet

Før jeg gikk i gang med datasamlingen kontaktet jeg NSD, Norsk Vitenskapelig Datatjeneste, for å få råd og veiledning i forhold til innsamling av data og sikkerheten rundt dette. Jeg trengte ikke søke konsesjon, siden jeg intervjuet ansatte, og skulle bruke båndopptager.

Etter å ha fått godkjent prosjektet mitt av veilederen min, søkte jeg om tillatelse til å intervju 6 psykiatriske sykepleiere ved et stort psykiatrisk sykehus (vedlegg 1). Det var flere grunner til at jeg ønsket å ha alle respondentene samlet på en plass. Det var tidsbesparende, og det praktiske arbeidet med å søke om tillatelse, og å be om hjelp til å plukke ut respondenter, ville

bli lettere når jeg hadde en instans å forholde meg til. Rammene for respondentenes arbeid ville inneha en del likheter, fordi sykehusets oppgave, formål, og verdi- og arbeidsgrunnlag danner et overordnet grunnlag for de ulike avdelingene. Hadde det vært viktig å finne ut av forskjeller i didaktisk tenkning hos psykiatriske sykepleiere, så ville dette ikke være en god måte å gjøre det på. Men i forhold til min problemstilling, kan jeg ikke se noen ulemper ved dette, bare fordeler.

”Prøverespondentene” hadde ulik praksis, alder, og ikke alle hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kriteriene for utvelgelse av respondenter ble tydeliggjort for meg gjennom prøveintervjuene. Jeg ønsket å intervju psykiatriske sykepleiere som hadde arbeidet noen år, hadde minimum 80% stilling, arbeidet i turnus, og hadde relasjoner til sine pasienter over noe tid.

”Didaktisk tenkning” forutsetter refleksjon, noe som krever tid, og trening. I en travel akuttavdeling løser man problemer mer ”ad hoc”, og pedagogiske problemstillinger og tiltak vil ofte være begrenset til å gi konkret informasjon om avdelingen, behandlingstilbudet, og lovverket. Den type pedagogisk arbeid som er resultat av refleksjon mener jeg erfarne psykiatriske sykepleiere, med pasientrelasjoner over tid, hadde. Kontinuiteten i pasientrelasjonen mente jeg ble dekket av at alle respondentene arbeidet i turnus, og hadde minimum 80% stilling. Disse kravene sikret at respondentene møtte pasienten ofte, til ulike tider av døgnet, i ulike situasjoner, og de ville ha hadde muligheter for å arbeide pedagogisk, og utvikle en ”didaktisk tenkning”.

Man kan stille spørsmål ved om 6 respondenter gir grunnlag for å finne frem til noen form for ”sann” viten. På grunn av denne studiens begrensninger i tid og omfang fant jeg det egnet med et mindre antall respondenter. Temaet generaliserbarhet er omdiskutert innenfor forskningsmiljøene (Kvale 2001). Kvalitativ forskning generelt har ikke generalisering som hovedmål. ”Sann” viten kan handle om å få frem sannhet om den enkeltes budskap, slik vedkommende selv opplever det, og ikke en sannhet som gjelder alle. Dette mener jeg at jeg har gjort. Ved å redegjøre for hvordan jeg har tenkt og handlet i denne forskningsprosessen, la jeg til rette for at alt jeg gjør kunne vurderes. Dette er en måte å kvalitetskontrollere kvalitativ forskning.

Jeg fikk bare anledning til å intervju 5 psykiatriske sykepleiere, som samsvarte med mine krav til respondentene. Sykehuset klarte ikke å finne frem til 6 psykiatriske sykepleiere som ønsket å delta i studien, innen rimelig tid. Jeg valgte, i samråd med veilederen min, å gjennomføre undersøkelsen med bare 5 respondenter. Jeg ba sykehuset om hjelp til å finne respondenter, fordi jeg ville eliminere at jeg selv påvirket utvalget av respondenter (vedlegg 3). Lederne på de aktuelle avdelingene fant frem til respondenter som svarte til mine krav, og som ønsket å delta i studien (vedlegg 2). Respondentene fikk først kort skriftlig informasjon om studien, og intervjuene (vedlegg 4). Jeg tok kontakt med hver enkelt respondent pr. telefon, for å skape kontakt, presentere meg, besvare eventuelle spørsmål, og avtale nærmere tid for intervjuene. Alle respondentene fikk tilbud om et møte med meg hvis de ville ha mer informasjon om studien. Ingen tok kontakt med meg om dette.

4.4.4. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene foregikk på respondentenes arbeidsplasser. Jeg spurte avdelingslederne skriftlig (vedlegg 3), om de kunne skaffe et egnet sted for intervjuene, på den enkeltes arbeidsplass. Dette mente jeg var til det beste for respondentene, og studien, fordi jeg vet hvor vanskelig det kan være å få tid til å forlate en travel avdeling. Jeg ønsket å gjøre det så enkelt som mulig for respondentene å delta på intervjuene. Jeg tenkte også at det ville oppleves som ikke så veldig formelt, eller utrygt å ha sin egen arbeidsplass som arena for intervjuene. Faren ved å gjennomføre intervjuene i avdelingen var at vi ikke fikk sitte i fred. Det skjedde bare en gang at intervjuene ble forstyrret på grunn av at det kom noen inn i rommet.

Alle lederne var positive til at intervjuene skulle foregå i avdelingen.

Hvert intervju tok ca. 1 time. Jeg tok opp intervjuene på bånd, noe alle var informert om og hadde gitt sitt samtykke til (vedlegg 4 og 5). Ved å bruke båndopptaker fikk jeg tilgang til en korrekt gjengivelse av respondentenes beskrivelser. Jeg trengte ikke bekymre meg for om jeg husket innholdet i beskrivelsene deres, og kunne ha fokus på meningen og innhold i det de sa. Jeg fikk bedre tid til å fortløpende vurdere behov for tilleggsspørsmål, vurdere nyanser i det som ble sagt, og måten fenomenet ble beskrevet på. Dette bidro til å nyansere de kunnskaper jeg fikk gjennom de eksakte intervjuene. Jeg opplevde ikke det å ha med diktafon som et problem. Respondentene bemerket heller ikke dette. Jeg noterte også underveis, noe som viste seg å være nyttig når jeg analyserte intervjuene. Etter hvert intervju skrev jeg et notat om

hvordan jeg vurderte stemningen under intervjuene, og om respondentene virket sikker, eller usikker. Jeg gjorde også en vurdering av meg selv i intervjusituasjonen i dette notatet.

Intervjuguiden ble brukt som grunnlag og mal for en samtale mellom meg og respondenten, men den ble ikke fulgt slavisk. Jeg var opptatt av å få et utfyllende og bredt bilde av deres pedagogiske arbeid, og intervjuene ble derfor lagt opp som en samtale mellom respondenten og meg. Jeg hadde en rekke hjelpespørsmål jeg ønsket å benytte meg av for å holde intervjuet ”på rett spor” (vedlegg 6).

Det var viktig for meg at de fortalte så fritt som mulig om sitt pedagogiske arbeid, hensyntatt den struktur som en intervjuguide representerer. En måte å imøtekomme begge disse kravene på var at de selv definerte når de arbeidet pedagogisk, hvorfor og hvordan.

Alle respondentene gav uttrykk for at det var en del ukjente uttrykk og begreper i den skriftlige og muntlige presentasjonen av studien. Noen gav også uttrykk for at det var utydelig hvilken kunnskap jeg var ute etter å fremskaffe. Det ble viktig for meg å snakke ”samme språk” som respondentene. Og å være bevisst på å understreke overfor dem at studien ikke handlet om å vurdere deres pedagogiske arbeidet, men beskrive og forstå den kunnskapen som ligger bak handlingene. Dette mente jeg var et bidrag til å trygge dem i intervjusituasjonen.

For å innlede, og å gjøre respondentene trygge, og ”varme i trøya” startet intervjuet med faktaopplysninger om respondentene. Den lengste fasen av intervjuet bestod hovedsakelig av at de fortalte om sitt pedagogiske arbeid.

Nivå 2 i det kvalitative forskningsintervju handler om innholdet i intervjuet, fortellingene og beskrivelsene som respondentene kommer med (Karlsson 2003). Forskerens ansvar er at muntlige opplysninger, fortellinger, og forståelser rundt et gitt tema, eller fenomen kommer frem så uhildet som mulig. Det stiller krav til forskerens evne til å kommunisere, til å få intervjupersonene til å fortelle, og til å oppfatte det som blir formidlet. Intervjuet er en dynamisk prosess som drives fremover av forskeren (Widerberg 2001, Dalberg 1997, Karlsson 2003).

En forutsetning for å kunne si at ny kunnskap er fremkommet, er avhengig av at respondentene beskriver sitt pedagogiske arbeid ærlig og oppriktig. Jeg mener at jeg gjorde det jeg kunne for å få respondentene til å slappe av i intervjusituasjonen, og få dem til å fortelle om sin praksis. Elementer som kan ha betydning for opplevelsen av trygghet, er at intervjuene skjedde på den enkeltes arbeidsplass, og at de fikk informasjon både skriftlig og muntlig.

Det at noen av respondentene kjente meg fra før kunne gjøre dem tryggere, men også mer usikre. Risikoen ved personlig kjennskap er at noen kunne føle seg presset til å delta i studien. Jeg spurte alle de jeg kjente fra før om det var greit å bli intervjuet av meg. Dette valgte jeg å gjøre for at de skulle få anledning til å si noe om det hvis de ville. Jeg gjentok i starten av alle intervjuene at de hadde mulighet til å trekke seg, og avslutte intervjuene når som helst. Jeg gav også alle muntlig informasjon om hvordan utvelgelsen av respondenter hadde foregått.

Kjennskap til respondentene kunne også påvirke meg slik at jeg ikke klarte å ha et nok distansert forhold til det de fortalte. Nærhet kan føre til at man antar at man vet noe om den andres meninger og tanker. De slutninger man da trekker vil være preget av antagelser og ens egen forforståelse. Dette forsøkte jeg å være bevisst på under intervjuene.

Manglende forskningserfaring påvirker selvfølgelig forskningsprosessen. For å kompensere for min egne manglende erfaring foretok jeg 5 prøveintervju, leste mye om emnet, søkte råd og søkte råd og veiledning. Mitt mål om å beskrive forskningsprosessen nøye og tydelig hjalp meg også til å bedrive aktiv egenkontroll og selvsensur.

4.4.5. Fra tale til tekst

Etter at intervjuene er gjennomført, måtte data omgjøres til tekst. Datamaterialet bestod av lydbåndene, og utskriftene av båndene som utgjorde omkring 75 sider tekst. Transkripsjon av intervjuene gjorde jeg selv, fordi jeg da fikk repetert og bearbeidet materialet.

Der hvor det kom frem ulike betoning, pauser og lignende på båndet, ble det markert fortløpende under transkripsjonen. Jeg hadde også en vurdering av meg selv, og min egen rolle under intervjuene under transkripsjonsprosessen. Det gjorde jeg ved å kritisk granske hvordan jeg hørtes ut når jeg stilte spørsmål og kommenterte, min egen betoning, vektlegging, pausebruk og lignende. Jeg vurderte også hvordan jeg muntlig stilte de spørsmålene jeg hadde

utarbeidet skriftlig i intervjuguiden. Slik fikk jeg et grunnlag for å reflektere over om mine spørsmål, eller min atferd kunne påvirke datasamlingen. Dette tok jeg med meg videre i analyseprosessen.

Jeg leste detaljert gjennom transkripsjonene flere ganger, og sammenholdt innholdet i dem med notatene mine fra intervjuene. Slik fikk jeg et helhetlig bilde av hver enkelt respondentens beskrivelse av sitt pedagogiske arbeid. Det er en del av analysearbeidet å danne seg en helhetsoppfatning av innholdet (Dahlberg 1997).

4.5. Forståelse av datamaterialet

Nivå 3 i det kvalitative forskningsintervjuet handler om forskerens evne til å bearbeide informasjonen, og samt å forstå den. På dette nivået avsluttes den unike samtalen, og analysearbeidet påbegynnes (Karlsson 2003). Selv om det foregår analyse av data allerede i løpet av intervjuet, så regnes denne fasen som selve starten på den formelle analysen. Forskningsdata gjøres her klar for ytterligere analyse, gransking og forståelse.

4.5.1. Forforståelse

Innenfor hermeneutisk fortolkningstradisjon har forforståelsen stor betydning. Forforståelse handler om forskerens personlige, faglige, sosiale, kulturelle og historiske bakgrunn, og påvirker alltid forskningsprosessen. Forskerens forhåndsoppfatninger, som kan være av både personlig, og faglig art, gjør at data selekteres gjennom hele forskningsprosessen. Det tema man velger å undersøke har en eller annen betydning for forskeren. Det er en grunn til at dette undersøkes. Denne grunnen, uavhengig av hva den handler om, preger resten av forskningsprosessen. Forskerens forforståelse er også det som gjør forståelse av et tema, et fenomen, eller andre mennesker mulig (Hjardemaal 2002, Johannessen m.fl. 2006).

Utarbeidelse av intervjuguide er en måte å selektene data på. Noen data velges bort fordi forskeren mener at de ikke har betydning for undersøkelse. Her gjør forskeren et viktig valg i forhold til hvilke data som skal danne grunnlag for kunnskap. I videre analyse og drøfting av data vil forskerens forforståelse påvirke hva slags kunnskap som genereres via forskningsprosessen. Vinkling, vektlegging, og valg av perspektiv gjøres bevisst og ubevisst. Målet er at dette skal komme tydelig frem, slik at det kan etterspores av andre. Det er ikke mulig å fremskaffe data innen kvalitativ forskning uten at data vil være verdiladet på en eller annen måte. Kvalitetssikring av kvalitativ forskning er at forskeren er klar over sine

seleksjonsmetoder, og gjør rede for dem. Slik kan kvalitative data bli til sann kunnskap (Kvernbekk 2002, Widerberg 2001, Dalberg 1997).

Min forforståelse er preget av at jeg selv opplevde at å få økt pedagogisk kunnskap gjorde meg til en bedre psykiatrisk sykepleier. Jeg hadde nok før jeg fikk pedagogisk kompetanse ofte klart å legge til rette for læring og endring hos mine pasienter, men dette var en relativt ubevisst, og tilfeldig prosess. Av den grunn var mine forventninger at respondentene ville beskrive et praktisk pedagogisk arbeid som muligens førte til læring, og med utydelige begrunnelser. Dette var grunnen til at jeg valgte å intervju dem om deres pedagogiske praksis, og ikke om deres konkrete pedagogiske begrunnelser for handling.

Mine egne erfaringer var en del av min forforståelse. Disse egenerfaringene var også motivasjonen og begrunnelsen for å gjøre denne studien. Mine erfaringer støttes av forskere, som har funnet ut at sykepleiere regner pedagogikk som en del av faget psykiatrisk sykepleie, og at deres pedagogiske kompetanse er for dårlig (Gedda 2003).

Jeg regner også til min forforståelse den kunnskap, og forståelse som preger min yrkesutdanning, psykiatrisk sykepleie. Dette forsøkte jeg å være spesielt bevisst på under intervjuene. Det kunne være en fare for at jeg mente min forståelse av respondentenes beskrivelser ble preget av vår felles yrkesbakgrunn. Slik kunne analysen og konklusjonen påvirkes av antagelser, og mine ubevisste ønsker om at resultatet skulle falle positivt ut for yrkesgruppen.

Ved å være åpen om mine forventninger, og min forforståelse gjorde jeg det ikke bare mulig for andre å forstå, etterprøve og granske mine valg og handlinger. Det la også et ekstra press på meg selv i forskningsprosessen. Åpenhet ble en måte å bevisstgjøre meg selv på, slik at jeg hele tiden sjekket ut om min forforståelse preget min forståelse. Slik forsøkte jeg å kvalitetssikre og vitenskapeliggjøre forskningen min.

4.5.2. Analyseprosessen

”Analyse av meningsinnhold”, eller ”Content Analysis” (Johannesen m.fl. 2006, Berg 1998), brukes innenfor fenomenologisk design for å finne frem til meningsinnholdet i en muntlig eller skriftlig tekst. Det finnes ingen fasit på hvordan analysen skal foretas. Hovedstrukturen går ut på å gjøre det innsamlede datamaterialet, som oftest tekstmateriale, redusert og

strukturert på en slik måte at det er tilgjengelig for granskning og forståelse. Data i form av tekst blir kodet, klassifisert og kategorisert. Det letes så på ulike måter etter mønstre som kan gi informasjon. Materialet kategoriseres så enten etter forhåndsdefinerte teoretisk utledede kategorier (deduksjon), eller i kategoriene som oppstår naturlig i teksten etter meningsinnhold (induksjon)(ibid).

Jeg kodet respondentenes beskrivelser i henhold til Rørvik`s (1998) ”didaktisk grunntema”. En nærmere redegjørelse for innholdet i de didaktiske grunntema skjer fortløpende i kapittel 5.

Med bakgrunn i de ”didaktiske grunntema” utarbeidet jeg 4 hovedkategorier for samling av funn, Intensjoner, Læreforutsetninger, Pedagogiske verktøy og metoder, og Undervisningsprinsipper. Disse temaene var modell for utarbeidelsen av både intervjuguiden og studiens forskningsspørsmål.

Forskningsspørsmål:

- Hvilke intensjoner har psykiatriske sykepleiere med det pedagogiske arbeidet de gjør?
- Hva regner de som sentrale læreforutsetninger?
- Hvilke pedagogiske verktøy og metoder de bruker i arbeidet med å legge til rette for andres læring?
- Hva regner de som sentrale undervisningsprinsipper?

Jeg samlet ord og begreper i respondentenes beskrivelser som kunne gi svar på forskningsspørsmålene (vedlegg 7). Dette regnes som de meningsbærende elementer i materialet (Johannessen m.fl. 2006). Slik kom jeg frem til en kategorisering av data som representerte respondentenes ”didaktiske tenkning”.

Innenfor hovedkategoriene ordnet jeg det kodete materialet i naturlige underkategorier som gav ny mening til materialet. Jeg lette etter mønstre som kunne gi meg informasjon om innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning”. Jeg sammenlignet, vurderte og samlet de meningsbærende elementene i underkategorier. Underkategoriene representerer den didaktiske kunnskap respondentene har innenfor hver hovedkategori. Dette er en beskrivelse av innholdet i psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”. Jeg kom frem til 16

underkategorier(vedlegg 7), fordelt på de fire hovedkategoriene, som representerte innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning”.

Innholdet i de 16 underkategoriene måtte bearbeides ytterligere for å kunne finne svar på studiens problemstilling: Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag?

De meningsbærende elementene i underkategoriene bestod av stikkord, enkeltord, og utdrag av setninger. Materialet måtte bearbeides, tolkes og forstås ytterligere for å kunne regnes som svar på problemstillingen. Neste fase i forskningen var å sammenfatte, og forstå innholdet i underkategoriene. Dette tilsvarer siste fase i ”content analysis” (Berg 1998). Jeg sammenfattet innholdet i underkategoriene ved å bruke Kvale`s (2001) tolkningskontekst ”kritisk forståelse basert på sunn fornuft”. Det handler om å gå ut over respondentenes selvforståelse.

Tolkingen holder seg innenfor allmenn forståelse, kan vektlegge respondentenes atferd i tillegg til beskrivelser, eller stille seg kritisk til det som er beskrevet. Min forforståelse må vektlegges i tolkningsarbeidet, den redegjorde jeg for i kap.4.5.1.

Denne forståelsen av psykiatriske sykepleieres didaktiske tenkning fremstilles i kapittel 5 som Funn, og sammenfaller med Karlsson`s (2003) **Nivå 4** i det kvalitative intervjuet.

For å kvalitetssikre min forståelse av respondentenes ”didaktiske tenkning” foretok jeg en nøye sammenligning av min forståelse av respondentenes ”didaktiske tenkning” med det opprinnelige tekstmaterialet. Det var et logisk samsvar mellom tekstmaterialet før og etter koding og kategorisering. Sammenligningen gjorde jeg ved grundig gjennomlesing av det opprinnelige tekstmateriale, og kritisk gjennomgang av teoretisk og personlig forståelse av begrepet ”didaktisk tenkning”, av koder, og kategorisering. Jeg fant ikke at det var noe som var ulogisk eller dårlig begrunnet.

Å tydeliggjøre psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag går ut over det å forstå deres ”didaktiske tenkning” innefor en allment fornuftig tolkning. Respondentenes ”didaktiske tenkning” må også tolkes teoretisk. Kvale (2001) kaller denne tolkningskonteksten for teoretisk forståelse av funn. Ved å begrunne respondentenes beskrivelser med psykiatrisk sykepleieteori, fant jeg frem til en teoretisk forståelse av deres ”didaktiske tenkning”. Psykiatrisk sykepleieteori er et naturlig valg som bakgrunn for

forståelse av funn, fordi det kan regnes til deres teoretiske forforståelse og vil prege deres tenkning og handlinger. I kapittel 5 presenteres denne teoretiske tolkningen som Forståelse av funn.

For å få en enda større forståelse av respondentenes ”didaktiske tenkning” sammenlignet jeg den med didaktikkens og pedagogikkens teoretiske forklaringer om de samme fenomener. En slik sammenligning gir meg kunnskap om i hvilken grad, og på hvilken måte respondentenes ”didaktiske tenkning” har støtte i didaktisk, eller pedagogisk teori. Det bidrar til en utdyping av den teoretiske forståelsen av respondentenes pedagogiske handlingsgrunnlag. Dette presenteres i kapittel 5 som Vurdering.

Å kvalitetsvurdere den metoden som jeg har brukt for å finne frem til, beskrive og forstå psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning” kan gjøres gjennom åpenhet og nøyaktighet gjennom hele forskningsprosessen, jfr. beskrivelsen av ”Kvalitetsvurdering av forskningsprosessen” i kapittel 4.3. Min intensjon har vært å gjøre korrekt rede for mine tanker, handlinger, valg og vurderinger i løpet av forskningsprosessen. Arbeidet mitt kan kvalitetsvurderes ved at andre kan granskes og vurdere det jeg har gjort.

4.6. Oppsummering.

Dette kapittelet er en beskrivelse av metoden jeg har brukt for å finne frem til kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”.

For å finne frem til kunnskap psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”, tok jeg utgangspunkt i deres praktiske pedagogiske arbeid. Gjennom semistrukturerte kvalitative intervjuer med 5 psykiatriske sykepleiere fikk jeg tilgang til deres egne opplevelser og beskrivelser av sin praksis.

Disse beskrivelsene ble kategorisert og analysert slik at de kunne brukes som grunnlag for å finne frem til kjennetegn ved deres ”didaktiske tenkning”. Etter meningskategorisering datamaterialet, satt jeg igjen med en beskrivelse av 5 respondents didaktisk kunnskap. Som modell for meningskategorisering brukte jeg Rørvik`s (1998) didaktiske grunntema.

Beskrivelsene ble først kategorisert i henhold til ord, begreper og mening som passet inn i hovedkategoriene intensjoner, læreforutsetninger, pedagogiske verktøy og metoder, og undervisningsprinsipper. Etterpå ble meningsbærende elementer i hovedkategoriene samlet i

naturlige underkategorier etter hvilken mening de representerte. Innholdet i hoved- og underkategoriene er presentert i vedlegg 7.

Slik kom jeg frem til innholdet i psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”. Dette arbeidet danner grunnlag for presentasjon, og forståelse av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkningen” i kapittel 5.

5.0. Beskrivelse, forståelse og vurdering av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”

I dette kapittelet presenteres, og forstås innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning”. Beskrivelser, forståelser og drøfting i kapittel 5 er grunnlaget for konklusjonen i kapittel 6.1.: Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag?

Kapittel 5 er organisert i fire hovedkapitler etter modell av Rørvik`s (1998) didaktiske grunntema, 5.1. Intensjoner, 5.2. Læreforutsetninger, 5.3. Pedagogiske verktøy og metoder. Og 5.4. Undervisningsprinsipper. Forklaringen av kategoriene skjer fortløpende i teksten. De didaktiske grunntema var også modell for intervjuguiden (vedlegg 6), og for studiens første kategorisering av meningsbærende elementer i tekstmaterialet (vedlegg 7).

Hver hovedkategori er organisert i underkategorier som representerer innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning”. Disse er fremkommet gjennom 2.gangs kategoriseringen av meningsbærende elementer i tekstematerialet, som beskrives i kapittel 4.5.2. (vedlegg 7). Overskrifter og innhold i underkapitlene her i kapittel 5 tilsvarer innholdet i underkategoriene. Hvert underkapittel er organisert i fire deler, Pedagogisk forklaring, Funn, Forståelse av funn og Vurdering.

Gjennom ”kritisk tolkning basert på sunn fornuft” (Kvale 2001), kom jeg frem til en presentasjon av 5 psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”. Det representerer kategorien Funn. Det er 16 kategorier Funn i dette kapittelet, fordelt på 4 hovedkategorier. Underkategoriene Funn danner grunnlaget for ytterligere forståelse av psykiatriske

sykepleieres ”didaktiske tenkning”, og nødvendig for å finne frem til svar på studiens problemstilling.

Funn forstås i første omgang i lys av psykiatrisk sykepleie-teori. Det handler om at innholdet i deres ”didaktiske tenkning” kan forklares ved hjelp av psykiatrisk sykepleieteori. Psykiatrisk sykepleieteori representerer deres faglige grunnsyn, og er en sentral del av deres forforståelse. Dett er det gjort nærmere rede for i kapittel 3, og 4.5.1. Psykiatriske sykepleiere arbeider pedagogisk, og deres beskrivelser av dette er utgangspunkt for denne studien, så er det nødvendig å finne frem til forståelse av dette arbeidet basert på deres eget faglig-teoretiske rammeverk. Dette presenteres under Forståelse av funn.

De 16 underkategoriene forklares pedagogisk først i alle underkapitlene, under overskriften Pedagogisk forklaring. Forskning viser at sykepleiere har for dårlig pedagogisk kompetanse (Pilhammar Andersson 2003). Det vil derfor være naturlig å sammenligne min Forståelse av funn, med Pedagogisk forklaring. Ved å presentere pedagogikkens forklaringer på de fenomener som Funn representerer, kan jeg få frem forskjeller og likheter mellom psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”, og didaktisk teori. Drøftingen av dette skjer i forhold i hvert delkapittel av kapittel 5 under overskriften Vurdering. Dette kan også defineres som teoretisk forståelse av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”, fordi jeg får kunnskap om eventuelle teoretiske sammenhenger mellom pedagogikk og psykiatrisk sykepleie.

Slik danner kapittel 5 grunnlaget for å kunne finne frem til kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag.

5.1. Intensjoner

Kategorien ”intensjoner” handler om hva det er som gir retning til læringsarbeidet. Dette uttrykkes gjennom mål og innhold, og bidrar til klargjøring og bevisstgjøring av innhold og metode. Undervisningsmål kalles de mål som tilretteleggeren har for sitt arbeid. Læringsmål peker på det den lærende skal søke å oppnå (Rørvik 1998).

Innenfor didaktikken er det enighet om at undervisning og oppdragelse har en hensikt, og at pedagogisk arbeid er målrettet. Det som diskuteres er hvor styrende målene skal være, hvilken form de skal ha, og hvor spesifikke de skal være. For sterk målstyring kan føre til at

pedagogen overser både læringssituasjoner, og læringsmuligheter, fordi det hemmer sensitivitet og kreativitet. Refleksjon og undring kan få dårlige vilkår under strenge regimer, fordi man blir mer opptatt av å nå målet, enn å se på, og vurdere læreprosessen. En viss grad av styring må til for at noe skal kunne regnes som målrettet læring (Rørvik 1998, Gundem 1998).

Mål preges av hva som skal læres og hvem som skal lære. Mål som styringsredskap har ulike nivåer. Staten bidrar til styring og målsetting gjennom overordnede budsjetter og planer, og valg av pedagogisk plattform for landets utdanningssystem. Dette danner grunnlag for de mer overordnede mål, eller formål. Mål kan også bestemmes på det mer praktiske nivå, av den enkelte pedagog eller tilrettelegger. Målene defineres ut fra den enkeltes behov for kunnskaper, ferdigheter, forutsetninger, via undervisningsmål og læringsmål.

Undervisningsmål er de mål som tilretteleggeren har for sitt konkrete arbeid. Læringsmål peker på det den lærende søker å oppnå. Pedagogikk som fagområde handler om hvordan den enkelte skal lære det som uttrykkes gjennom mål. Disse er igjen styrt av de overordnede mål, eller formål (Rørvik 1998).

Innhold er det som undervisningen og læringen skal dreie seg om. Dette henger nøye sammen med målene. For å nå et bestemt mål kreves det at man arbeider med et bestemt innhold, dette kan også kalles lærestoff. Innholdet gir retning til undervisnings- eller arbeidsmåtene (ibid).

Respondentene beskrev i intervjuene at mål og hensikt med det pedagogiske arbeidet er læring, tilrettelegging for læring, problemløsning og mestring/endring.

5.1.1. Læring

Pedagogisk forklaring

Læring kan forstås som en indre prosess som settes i gang av ulike erfaringer og opplevelser. Enkeltstimuli og informasjon registreres av sanseapparatet, bearbeides mentalt via tenkning, refleksjon og analyse. Resultatet av denne prosessen er kunnskap. Kunnskap kan beskrives som viten, ferdigheter og emosjoner/motivasjoner. Emosjoner gir viten og ferdigheter verditilknytning, gjør kunnskaper og ferdigheter personlige, og ønsket av den enkelte. Det handler om motivasjon, eller drivkraft til å ville lære, og gjøre det arbeidet som læringen krever (Frøyen 1998).

Kunnskap og viten gir den enkelte muligheter til endring av handlinger, holdninger, eller strategier. Det vil si muligheter for ”ny” atferd. Noen endringer som resultat av læring kan observeres av andre, som endret atferd og handlinger. Andre endringer kan det ta tid å oppdage, da nye tenkemåter eller holdninger først viser seg i atferd etter en tid (ibid).

Det kan sies slik at viten, ferdigheter og emosjoner/motivasjoner er endringens redskaper, og forutsetninger.

Funn

Læring er en prosess, som skjer inne i den enkelte, og som fører til tilegnelse av kunnskap. Kunnskapstilegnelsen fører til ulike former for utvikling av den enkelte. Det skjer en indre utvikling av egenskaper og evner, som beskrives av respondentene som at den enkelte får innsikt, forståelse, selvinnikt, og blir bevisstgjort (vedlegg 7)

Forståelse av funn

Psykiatrisk sykepleies grunntanke er at den enkeltes helsetilstand påvirkes gjennom styrking av egenomsorgsevnen. Egenomsorgstanken har sitt utspring i at sykepleie regnes som en humanistisk profesjon. Mennesket skal være deltager i sitt eget liv, og ta med- og delansvar i sitt eget helsearbeid, så langt det er mulig (Hummelvoll 2004) For å bli i stand til å ta mer omsorg for seg selv kreves det tilegnelse av ulike kunnskaper, utvikling av ulike ferdigheter og evne til å nyttiggjøre seg dette i tråd med egne behov og forutsetninger. Det skjer gjennom bevisstgjøring og innsikt (Lindstrøm 2003).

Bevisstgjøring og innsikt gir mulighet for styrket evne til egenomsorg. Bevisstgjøring og innsikt skjer via læring, læring har betydning for muligheter til styrket egenomsorgsevne.

Respondentene beskriver innsikt og bevisstgjøring som resultat av læring. Det er et resultat av mer avanserte læringsformer, eller avansert bruk av ervervet kunnskap (Frøyen 1998).

Gjengivelse av kunnskap krever hukommelse. Innsikt og bevisstgjøring krever evne til refleksjon og mer avansert tenkning. Dette kan tyde på at respondentene har stor tro på pasientenes evner til å lære på et nivå som bidrar til styrket egenomsorgsevne. Freed`s (1998) forskning viser at det som kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet er utholdenhet. Utholdenhet i denne sammenhengen kan forstås som en vilje til å tro på pasientenes muligheter for læring og utvikling, til tross for læreversker.

Vurdering

Skillet mellom pedagogisk forklaring, og respondentenes fokus på læring, er den ulike vektleggingen av selve læreprosessen. Respondentene har fokus på nytten eller resultatet av læringen, og beskriver ikke læreprosessen.

Psykiatriske sykepleiere har fokus på resultatet av det de gjør, også når det gjelder andre hjelpemåter eller metoder de benytter seg av. De har tradisjon for beskrive hva de gjør, men blir kritisert for at de er dårlige til å begrunne hvorfor de handler som de gjør. Dette funnet stemmer med psykiatriske sykepleieres tradisjon i forhold til tydeliggjøring og beskrivelser.

Innenfor psykiatrisk sykepleie har også indre legende, eller helende prosesser alltid vært regnet som behandlernes domene. Sykepleiernes fokus har vært omsorg, problemløsning, og å assistere behandleren. Psykiatrisk sykepleie defineres som en terapeutisk virksomhet, som en del av det behandlerne har regien på, og ansvaret for (Hummelvoll 2004). Denne holdningen er i endring som følge av at psykiatriske sykepleieres mer selvstendig rolle. Fremdeles kan sykepleiernes holdning likevel være preget av tradisjoner som medfører at de overlater forklaringer til andre faggrupper, og forholder seg mer til utøvelser og resultater.

5.1.2. Å legge til rette for læring

Pedagogisk forklaring

Det praktiske pedagogiske arbeidet handler om å sette i gang og stimulere den enkeltes læreprosess. Det handler om å presentere læringsinnholdet på en slik måte at kunnskapen blir tilgjengelig for den lærende. Det skjer ved at tilretteleggeren velger ut relevante læringsaktiviteter. Dale (1998) kaller dette for ”pedagogisk dramaturgi”.

At læringsaktiviteten skal være relevant betyr at det læringsarbeidet som skjer, og de læringsaktiviteter som velges ut, skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger for å lære. Det er tillagt tilretteleggeren mye makt og ansvar knyttet til den enkeltes muligheter for læring.

Det er den lærende som må gjøre læringsarbeidet, mens tilretteleggeren bruker kunnskap og ferdigheter for å finne frem til egnede aktiviteter, og sørge for at læringsarbeidet er mulig, og skjer (Frøyen 1998).

Funn

Å legge til rette for andres læring handler om å påvirke andre mennesker. Denne påvirkningen setter i gang læreprosessen i den enkelte. Påvirkningen er målrettet. Å legge til rette for andres læring innebærer å ha muligheter for å styre andre mennesker, og å gi dem muligheter (Vedlegg 7).

Forståelse av funn

Sykepleie beskrives blant annet som ”a maturing force, and an educative instrument” (Peplau 1991 s.16). Sykepleie får noe til skje med andre. Sykepleie som modnende kraft, og pedagogisk instrumentet, bidrar til at andre utvikler evner og egenskaper som gjør at de klarer å ivareta sine egne behov. Foruten å styrke den enkeltes evne til egenomsorg, må sykepleieren også yte omsorg til de som ikke klarer å delta i dette selv. Det er ikke alle helseplager og problemer som lindres, eller forsvinner ved at man blir i stand til å hjelpe seg selv.

Uavhengig av målet med den hjelpen sykepleieren yter, så påvirkes den hjelpetrengende gjennom det som skjer i samarbeidsforholdet mellom sykepleier og helper. Dette samarbeidsforholdet er utgangspunkt for at sykepleieren kan være en hjelpende kraft. Det er grunnlaget for sykepleieprosessen. Denne målrettede arbeidsprosessen tar utgangspunkt i pasientens problemer, tar hensyn til den enkeltes ressurser, og systematiserer det målrettede hjelpearbeidet sykepleie er (Hummelvoll 2004).

Psykiatrisk sykepleie handler om målrettet påvirkning av andre. Pedagogisk arbeid er en av mange måter å hjelpe andre på. Det er en naturlig del av psykiatrisk sykepleie (Pilhammar Andersson 2003).

Å ha plikt og mulighet til å påvirke andre mennesker gir sykepleiere mye makt og ansvar. Innen psykiatrisk sykepleie er det en naturlig del av faget å ha fokus på både den formelle og uformelle makten som ligger i helperrollen. Den formelle makten kommer til syne i de situasjoner der mennesket ikke i stand til å ivareta sitt eget liv, og hvor sykepleierne ivaretar den andres egenomsorg slik de tror vedkommende ville ha gjort det selv. Hummelvoll (2004) sier at dette er en av sykepleiens grunnprinsipper.

I noen situasjoner kan mennesker tvinges til helsehjelp, eller må beskyttes mot seg selv. Det er situasjoner hvor mennesker er til fare for seg selv eller andre, eller ikke forstår at de er syke. Sykepleieren har ansvar for å delta i slikt arbeid når det trengs. Denne typen formell makt reguleres gjennom Psykisk helsevernloven ([LOV-1999-07-02-62](#) Psykisk helsevernloven).

Formell makt som blant annet synliggjøres gjennom lovverket, forutsetter kontrollsystemer. Det minsker sjansen for unødvendig maktbruk, og maktmisbruk. Den uformelle makten som ligger i det asymmetriske forholdet mellom mennesker som trenger hjelp og hjelperne, er vanskeligere å kontrollere. Her er det hjelperens evne til, og muligheter for etiske refleksjoner som kan demme opp for at denne makten utøves på en faglig riktig måte.

Etiske spørsmål og refleksjoner er en del av grunn- og videreutdanningene for sykepleiere. Innenfor psykisk helsevern er det vanlig at de ansatte går i kontinuerlig veiledning.

Det å ha makt er en del av faget psykiatrisk sykepleie. Dette kommer til uttrykk også i beskrivelse av det pedagogiske arbeidet.

Makten hjelperen har kan brukes på en god eller dårlig måte. Til å lede mennesker i både riktig og gal retning. Det vil alltid være fare for at noen ikke har gode nok kunnskaper, ferdigheter, eller intensjoner til å bidra til mestring og egenutvikling hos andre. Dette er noe som gjelder mange yrker og fag, ikke bare "hjelpeyrkene". All påvirkning av mennesker og menneskers livsbetingelser har i seg mulighetene for at makten brukes på feil måte, og med uheldige konsekvenser for noen.

Respondentene beskriver at det pedagogiske arbeidet gir muligheter. Denne tanken er grunntanken i alt hjelpearbeid. Å beskrive det å legge til rette for andres læring som å hjelpe noen til nye muligheter, forstår jeg som synonymt med at læringens mål er endring.

Pedagogisk arbeid og annet sykepleiearbeid fremstår som det samme, eller som vanskelig å skille fra hverandre i respondentenes beskrivelser.

Vurdering

Forskjellen som fremkommer mellom didaktikkens beskrivelse av tilrettelegging for læring, og respondentenes, er fokuset på makt og ansvar.

Makt og ansvarsperspektivet er svært tydelig innenfor psykiatrisk sykepleie. Psykisk helsevern innebærer muligheter og risiko for bruk av makt og tvang. Det er en naturlig del av psykiatrisk sykepleie.

Makt fokuset er ikke like sterkt innenfor pedagogikken som innenfor sykepleiefaget. Det kan ha med at faget har utviklet seg uten fokus på dette aspektet. Først og fremst har pedagogikk dreid seg om arbeid rette mot friske barn. Makt- og ansvarsfokuset har nok vært mest aktuell i forhold til de barna som har behovd hjelp, støtte og opplæring utenfor de tradisjonelle kollektive opplæringssystemene. Kunnskap om dette hører inn under fagfeltet spesialpedagogikk. De barna som trenger spesialpedagogisk hjelp har lærevansker, og kan ikke nyttegjøre seg de ordinære opplæringstilbudene. Også mennesker med psykiske lidelser har ofte lærevansker, på grunn av sykdommens symptomer og konsekvenser. Den sårbarheten mennesker med spesielle behov har stiller ekstra store krav til den som har makt og ansvar for å påvirke andre.

Ansvar har mer fokus enn makt innenfor pedagogikken. Pedagogikken omhandler kunnskap som angår andre fagområder, som alle mennesker kjenner og forholder seg til. De diskusjoner som foregår omkring pedagogikkens maktpotensiale dreier seg lite om enkeltpersoner som utsettes for dette, men mer mot betydninger for samfunnet vårt som helhet.

Gjennom vår pedagogiske historie har alle borgere lært at det pedagogiske systemet vi utsettes for er noe vi godtar, fordi vi på en selvsagt måte utsettes for det gjennom hele vår oppvekst.

5.1.3. Å løse problemer

Pedagogisk forklaring:

Pedagogisk teori, eller læringsteori, er opptatt av faktorer som fremmer læring mer enn den enkeltes opplevelser av problemer. Det pedagogiske arbeidet tar utgangspunkt i på forhånd definerte overordnede mål. De konkrete og individuelle læringsmålene retter seg mot hvordan den enkelte skal kunne nå hovedmålene, hensyntatt læringsevner, eller eventuelle læreproblemer. Pedagogikken forholder seg til problemtenkning på to områder. De problemer

den enkelte har med å lære, læringsproblemer, og problemløsning som læringsmetode. Problemløsning som læremetode handler om å lære ved å løse problemer (Rørvik 1998).

Funn

Pedagogisk virksomhet innenfor psykiatrisk sykepleie tar utgangspunkt i pasientens problemer, både i forhold til hva den enkelte skal lære, og hvordan dette bør foregå. For å finne frem til kunnskap om dette må tilretteleggeren ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon (Vedlegg 7).

Forståelse av funn:

Sykepleie er problemorientert. Det er pasientens helseproblemer, deres oppfatning, og opplevelser av dem, som hjelpearbeidet retter seg mot. Sykepleieprosessen tar utgangspunkt i sykepleieproblemer, som defineres som de problemer den hjelpetrengende har som sykepleieren kan gjøre noe med (Hummelvoll 2004). Problemer er i fokus både som mal for kartlegging, og som mål for hjelpearbeidet.

Siden pedagogisk arbeid regnes som en del av sykepleiefaget (Pilhammar Andersson 2003), er det naturlig for psykiatriske sykepleiere å se på det pedagogiske arbeidet som et verktøy for å løse problemer.

Igjen har sykepleierne mer fokus på konsekvenser av læring, enn på læreprosessen.

Sykepleiernes fokus på årsakene til problemene, kan ha sammenheng med at de har kunnskap om at psykiske problemer påvirker den enkeltes evner til å lære. Sykepleieprosessen forutsetter at sykepleieren kartlegger den enkeltes ressurser og problemer, når hjelpen skal planlegges og gjennomføres. Kartlegging er en av grunnpilarene i psykiatriske sykepleieres arbeid, og psykiatriske sykepleiere regnes for å være eksperter i kartlegging og observasjon (Hummelvoll 2004). Årsakene til problemene har ikke bare betydning for å kunne finne frem til problemene. Det har også betydning for hva slags hjelp det er mulig å gi. Innenfor gruppen psykiske lidelser er det ulike årsaksforklaringer på de symptomer og problemer som oppstår. Det som kan sies å være felles for mennesker med psykiske lidelser er at de har det vondt, og at deres kognitive fungering ofte påvirkes av psykisk smerte, uavhengig av årsak. Psykiske lidelser dreier seg om følelsesmessige problemer, som også påvirker evnen til å løse fysiske og praktiske problemer som kan dukke opp. Eksempelvis så vil angst og uro, nedstemthet,

tankeforstyrrelser, oppstemthet og psykosetilstander påvirke evnen til konsentrasjon, tenkning, og hukommelse. Selvbildet, selvfølelsen, grad av funksjonssvikt, samt varighet av symptomene, påvirker evnen til å lære. Også mennesker med fysiske skader kan få psykiske symptomer på grunn av smerter, det traumatiske i situasjonen, eller ved behov for endret livsstil. Vi påvirkes alle psykisk av hva som skjer, og hvordan vi har det. Å kartlegge menneskers psykiske tilstand er en del av sykepleieprosessen (Hummelvoll 2004). Det er derfor naturlig at respondentene beskriver dette som noe de må finne ut av, og ta hensyn til når de arbeider pedagogisk.

Psykiatriske sykepleieres utgangspunkt for å hjelpe er den enkeltes problemer. Det betyr at det er enkeltindividet som er i fokus. Når respondentene beskriver at problemløsning skal ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon, kan det forstås slik at det ikke er nok at den enkelte forteller hva slags problemer vedkommende ønsker hjelp til å løse. Mange mennesker som er psykisk syke kan ha problemer med å forstå at de trenger hjelp, eller hva de trenger hjelp til. Det er en del av lidelsens karakter. Dette tydeliggjøres også gjennom lovverket, som gir anledning til behandle mennesker mot sin egen vilje, innenfor visse rammer ([LOV-1999-07-02-62](#) Psykisk helsevernloven). En del av psykiatriske sykepleieres arbeidshverdag er å samarbeide med mennesker som ikke vet sitt eget beste. Alle psykiatriske sykepleiere har trening i å kartlegge og observere pasientens tilstand og funksjonsnivå. De har kompetanse til å kartlegge den enkeltes problemer med å mestre sitt eget liv.

Vurdering

Problemtenkning retter seg innenfor pedagogikken mer mot læremetoder, enn intensjoner for læring. Det er læring, og ikke problemløsning som er målet for pedagogens arbeid.

Pedagogikk er mer detaljert og spesifikt rettet mot læring. Sykepleiefaget har fokuset rettet mot konsekvensene av læringen.

Sykepleie definerer seg som et eklektisk fag, som betyr at de henter inn kunnskap fra mange ulike fagområder i arbeidet sitt. Arbeidet deres har mange mål, og påvirker mange områder av menneskets liv. Pedagogikk henter også kunnskap fra andre fag. Deres mål for arbeidet er snevrere enn sykepleiernes. De har en noe mindre fagområde, pedagogikk dreier seg om kunnskap om læring og påvirkning.

Det er naturlig at sykepleiere og psykiatriske sykepleiere har fokus på hvilken sykdom den enkelte har. Det er sykdom som er utgangspunktet for den enkeltes problemer, og som sykepleiernes pedagogiske arbeid retter seg mot å gjøre noe med. Pedagogisk arbeid er en naturlig del av psykiatrisk sykepleie. Psykiatrisk sykepleie forholder seg til den enkeltes problemer med å leve, ivareta sine egne behov, og å mestre. Deres pedagogiske arbeid er en del av det de gjør for å hjelpe. Pedagogikken forholder seg til læreproblemer.

5.1.4. Mestring og endring

Pedagogisk forklaring:

Det kognitivistiske, eller moderat-konstruksjonistiske læringssynet regner læring som den enkeltes mulighet for forandring, via kognitiv bearbeiding av opplevelser og erfaringer (Frøyen 1998). Endringer kan skyldes at ny kunnskap og nye ferdigheter gjør at mennesker tar andre valg, endrer strategier, tenker på en ny eller annen måte, og klarer nye ting. Endringene blir synlige for andre gjennom bruk av kunnskapen.

Funn

Respondentene beskriver at intensjonen med pedagogisk arbeid er at pasientene via økt mestringsevne skal oppleve endringer. Mestringsevnen økes ved at de utvikler praktiske ferdigheter, og øker sin sosiale kompetanse. Økt mestringsevne gir muligheter for valg av nye strategier, bedret evne til å møte krav og utfordringer, og utvikling av handlingskompetanse. Dette gir selvstendighet. Målet er at økt kompetansen skal føre til utvikling av evne til å påvirke sin egen helse, meste sitt eget liv, og å klare å bo for seg selv (Vedlegg 7).

Forståelse av funn:

Det regnes som et grunnleggende behov hos mennesker å kunne påvirke sitt eget liv, og sine livsbetingelser. Dette er i overensstemmelse med det humanistiske menneskesynet, som ligger til grunn for psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll 2004).

Å foreta valg er en måte å ta ansvar for sitt eget liv på. Innefor psykiatrisk sykepleie er en metode å styrke den enkeltes mestringsevne på, å trene den enkelte i å foreta valg. Det er et av prinsippene for ego-styrkende sykepleie, som er en av flere arbeidsmåter innenfor faget (Hummelvoll 2004). Denne metoden tar utgangspunkt i Sonja Levanders prinsipper (Strand 1990), og har sitt utspring i ego-psykologien. Det er en systematisert fremstilling av, og

begrunnelse for hvordan man kan styrke menneskers evne til å ta ansvar for seg selv, gjennom styrking av den enkeltes grunnleggende psykologiske ego-funksjoner (Levander 1979).

At det å bo for seg selv er et konkret mål for det pedagogiske arbeidet, kan forklares med at det er et politisk definert mål. De siste årene har det vært mye fokus på at mennesker med kroniske lidelser skal bo for seg selv, så fremt det er mulig. Kommunene bygger former for vernede boliger hvor mennesker med psykiske lidelser kan bo, med tilsyn og hjelp. De siste ti-årene har det vært mye fokus på dette. Det legger føringer for at det å bo er et behandlings- eller mestringsmål. Opptrappingsplanen for psykisk helse, som er en statlig plan for å styrke rettighetene og verdigheten til mennesker med psykiske lidelser. Den har fokus på den enkeltes rett til å få ivaretatt sine grunnleggende menneskelige behov, helt i tråd med de formål som respondentene i denne studien beskriver som mål for sitt pedagogiske arbeid (St.prp. nr. 63 (1997-98))

De avdelingene respondentene i denne studien arbeider ved, har alle som et av flere hovedmål at pasientene skal klare å bo for seg selv.

Det er en kjensgjerning at mange mennesker med kroniske, alvorlige psykiske lidelser har problemer med å nå målet om å klare å bo utenfor institusjon. Når respondentene likevel arbeider mot et slikt mål kan det skyldes at psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid er kjennetegnet ved "utholdenhet" (Freed 1991). Denne holdningen kan føre til at selv urealistiske overordnede mål aksepteres som mål for arbeidet.

Sykepleierens pedagogiske funksjon har som mål å legge til rette for vekst, utvikling, læring og mestring (Tveiten 2001). Respondentenes beskrivelse er i tråd med denne forståelsen. Dette er de samme begrepene som brukes for å beskrive mål og hensikt med andre psykiatriske sykepleie-tiltak. Hovedhensikten med psykiatrisk sykepleie er å bidra til å fremme den enkeltes vekst, utvikling, egenomsorgsevne (Hummelvoll 2004, Peplau 1991).

Psykiatrisk sykepleie handler tradisjonelt om endring. Sykepleiearbeidet beskrives som påvirknings- og endringsarbeid. Dette skjer ved at den enkeltes ressurser frigjøres, og utviklingsprosesser stimuleres (Aanderaa 1994, Hummelvoll 1997).

Vurdering

Pedagogikken har sitt hovedfokus på metodene som fører til endring og mestring.

Respondentene i tillegg til noe metodefokus, har fokus på hvilken type endring og mestring det er behov for.

Dette styrker tanken om at pedagogikk er en del av psykiatrisk sykepleies ”verktøykasse”.

Deres pedagogiske virksomhet er en liten del av et større problemkompleks som de forholder seg til. Dette kan forstås som at psykiatriske sykepleiere har et mer omfattende, og annerledes ansvar enn pedagogene. Og, eller at de menneskene sykepleierne har ansvar for, ofte er mer sårbare enn de pedagogene møter. Det kan være årsaken til at psykiatriske sykepleiere har et noe større fokus på konsekvenser av problemer og tiltak.

5.2. Læreforutsetninger

Denne kategorien inneholder beskrivelse og forståelse av hvilke forhold ved eleven, tilretteleggeren og læringsmiljøet som påvirker læring. Dette er didaktisk kunnskap, som preger og former den enkeltes ”didaktisk tenkning”. Rørvik (1998) sier at årsakene til ulike læreforutsetninger kan oppsummeres til å gjelde evner, motivasjon, fysiske faktorer, faglig og kulturell bakgrunn og pedagogiske årsaker. Han regner læreforutsetningene som en del av det han kaller arbeidsvilkår for den lærende og tilretteleggeren. Rammefaktorer regner han også som noe som påvirker arbeidsvilkårene, og dermed den enkeltes muligheter for læring (Rørvik1998).

Respondentenes vektla i sine beskrivelser forhold ved pasienten, ved dem selv, og ved miljøet som viktige forutsetninger for at læring skjer.

5.2.1. Eleven – muligheter og motivasjon

Pedagogisk forklaring

Læring skjer via kognitiv bearbeiding av erfaringer. Elevene må inneha kognitive ressurser, og kunne bruke dem. Det handler om medfødte, biologisk ressurser, og resultatet av utvikling, og tidligere læring. Utviklingen skjer via påvirkning fra omgivelsene og via modning.

Sentrale kognitive evner, eller egenskaper som er viktige i læreprosessen er evne til å sanse, tenke, bearbeide informasjon og inntrykk, hukommelse, konsentrasjon, oppmerksomhet, og evne til refleksjon (Rørvik 1994).

Ulike fysiske og psykiske faktorer kan forstyrre læringsevnen, ved at de påvirker konsentrasjonsevnen, og kognitiv fungering, eksempelvis smerter, sykdom, utrygghet, og vanskelige følelser (Gundem 1998, Rørvik 1994).

Den lærende må også tørre, klare og ville delta i situasjoner som gir opplevelser og erfaringer, i sosiale samhandlingssituasjoner med andre, og å kommunisere med omgivelsene. Dette handler om det som motiverer, eller gir drivkraft til læring (Rørvik 1998, Rørvik 1994). Indre- og ytre motivasjon er også et skille som brukes for å forklare menneskets drivkraft i utviklings- og endringsarbeidet. Den indre motivasjonen kan være å dekke grunnleggende behov. Det kan være å stille sult, tørst, og å minske uro og angst. Motivasjonen kommer innenfra. Den ytre motivasjonen handler om at det er ytre faktorer som er viktig, og som påvirker mennesket. Det kan være status, penger, ros, en jobb, unngåelse av smerte, og truende situasjoner eller farer (Frøyen 1998, Hummelvoll 2004).

Det er mange faktorer som gir drivkraft til læring. Den lærendes holdning til det å lære er en sentral læreforutsetning. Den lærende må erkjenne seg som lærende, og ha en anerkjennende, og positiv holdning til læring. Læringsinnholdet må oppleves som betydningsfullt for den som skal lære. Å ha tro på at noe er mulig å lære, gir mening (Dale 1998).

Viljen til å lære påvirkes også av opplevelsen av trygghet. Trygghet handler her om å ha tro på at det er mulig å mestre, og å ikke oppleve nederlag. Opplevelsen av trygghet i læresituasjonen henger nøye sammen med opplevelsen av mestring. Læringen skal stimulere selvfølelsen, og ikke bryte ned selvtilliten, gjennom nederlag og tap (Tveiten 2001). Også opplevelsen av å føle seg verdsatt og ha betydning, øker læringsmuligheten. Det stimulerer til deltagelse i læringsarbeidet, i sosiale sammenhenger, og til bruk av det kognitive apparat. Å ha tro på seg selv, og på at læringsmålene kan nås, er grunnleggende for å lære. Ens selvbilde har betydning for om en tør og vil inngå i læreprosessen. Den lærende må oppleve seg som deltager i det som skjer, bli tatt med på råd, planlegging, bli tatt på alvor, og respektert (Dale 1998).

Funn

Respondentene beskriver lite konkret hvilke evner som har betydning for læring. Men de beskriver at evner har betydning, og at konsentrasjon er noe som behøves for å lære. Fokuset rettes mot den lærendes tidligere erfaringer og opplevelser. Motivasjon for læring påvirkes av

følelser knyttet til det å lære, og det som skal læres. Positive følelser i forhold til både det å lære, og mulighetene for læring, er læringsfremmende. Læringsinnholdet må være lystbetont, ha nytte, og gi mening for å stimulere til læring. Læring fremmes av den lærendes følelser i læresituasjonen. Det er viktig å oppleve seg respektert, likeverdig, og verdifull. Det er tilretteleggeren som har ansvar for at pasienten opplever dette (Vedlegg 7).

Forståelse av funn

Fortidens erfaringer har betydning for fremtidens aktiviteter. Tidligere læringsstrategier og erfaringer må kartlegges før læringsaktiviteter planlegges. Kartlegging av ressurser og erfaringer er en naturlig del av sykepleierens arbeidsoppgaver. Det er en viktig faktor i problemløsningstenkningen som er en del av sykepleiens grunnlag (Hummelvoll 2004). Sykepleiefagets problemtenkning fokuserer på pasientens egenopplevelser av ulike problemer. Et selvopplevd problem gir større drivkraft til å gjøre noe med det. Det oppleves som mer meningsfylt å gå inn i slitsomme og utrygge endrings- og problemløsningsprosesser hvis det er en selv som definerer og vektlegger problemet.

Psykiske lidelser gir ofte følelser som er vanskelige å møte og leve med, som blant annet utrygghet, angst, uro, forvrengt virkelighetsoppfatning, manglende opplevelse av kontroll, og forfølgelsesideer (Dahl m.fl.1997). Dårlige erfaringer med relasjoner til andre, å forstå andre, og opplevelser av stigmatisering og forakt, styrker opplevelsen av utrygghet.

I forhold til det å lære noe nytt har mange mennesker med psykiske lidelser manglende, eller negative erfaringer med det å lære. Noen kan ha opplevd manglende mestring fordi sykdommen og problemene har forstyrret læringsevnen. Andre kan igjen ha vært tatt ut av tradisjonelle læringssituasjoner, og har ikke noe forhold til sin egen læringsevne.

Ved å oppleve situasjoner som er forbundet med tidligere nederlag, eller tidligere vonde følelser, oppstår det et behov for å forsvare seg. Dette er en overlevelsesstrategi i forhold til å bevare sitt eget selvbilde, og skjerme eller beskytte sin selvfølelse (Cullberg 1995). Å føle seg verdsatt og respektert regnes som grunnleggende for vekst og utvikling. Slike manglende opplevelser kan føre til at de psykologiske forsvarsmekanismene settes i beredskap.

Mennesker med psykiske lidelser er spesielt utsatt for å oppleve dette, fordi mange opplever manglende verdsetting og mestring. Mange kan også oppfatte signaler og tegn andre gir på en forvrengt måte. Psykiske lidelser kan ha symptomer som gir slike opplevelser, og skaper

problemer med å mestre. Det kan derfor være vanskelig å ta i mot, og stole på tilbakemeldinger på seg selv og sin egen innsats. Å ta i bruk psykologiske forsvarsmekanismer handler om å bruke psykologiske strategier for å skjerme seg selv mot krenkelser og vonde følelser. Dette beskrives som at mennesket ”går i forsvar”, og kan arte seg som at den enkelte ikke hører etter, ikke forstår, og klager på den som skal hjelpe. Den som har behov for å forsvare seg setter seg selv i en situasjon som beskytter mot opplevelsen av nederlag og vonde følelser i øyeblikket. Under slike forhold er relasjonsarbeid svært vanskelig, og det å inngå allianser går foran selve læringsarbeidet. Det gjør at lærings- og utviklingsarbeidet stagnerer.

At respondentene har fokus på er hvordan den enkelte har det, og på den enkeltes evne til å inngå relasjoner, er i tråd med sykepleiefagets grunnleggende verdier (Hummelvoll 2004). Psykiatriske sykepleiere regner seg selv som sentrale i forhold til pasientens muligheter for læring. Deres evner og kompetanse i forhold til å inngå relasjoner, og inngi trygghet vil ha avgjørende betydning for om den enkelte pasienten tør, vil og kan lære.

Vurdering

I forhold til den lærendes forutsetninger så er så vel didaktisk teori, som respondentenes beskrivelser svært detaljerte. Men de vektlegger ulike læreforutsetninger. Didaktisk teori vektlegger den lærendes kognitive fungering som læreforutsetning. Respondentene vektlegger kognitive funksjoners betydning for læring, ved å kort nevne at evner og konsentrasjon er en læreforutsetning. De utdyper det ikke. Respondentene vektlegger pasientens følelsesmessige tilstand, sin egen rolle, og sitt ansvar i den forbindelse, som sentral læreforutsetning.

Pedagogikken har tradisjonelt fokus på ”friske”, eller ”normale” barn og voksne. Det spesielle er noe som knyttes til spesialpedagogikk. Jeg ser ikke bort fra at det hadde vært mest riktig å vurdere psykiatriske sykepleieres didaktiske tenkning og pedagogiske praksis i forhold til denne delen av pedagogikkfaget.

Didaktisk teori knytter motivasjonen for læring til drivkraft i forhold til den enkelte læringsaktiviteten. Sykepleierne har et mer omfattende syn på hva som er viktig i forhold til å fremme motivasjon for læring. De vurderer det motiverende aspektet ved alle sine handlinger og anstrengelser i arbeidet med å påvirke, og legge til rette for andres læring.

5.2.2. Tilretteleggeren – holdning og handling

Pedagogisk forklaring

Å legge til rette for den enkeltes læring er både å påvirke læringsbetingelsene, og å "iscenesette" læringsstoffet og læringsinnholdet (Dale 1998). Tilretteleggeren må ha kjennskap til den lærende. De må være i en relasjon hvor det er mulig for den lærende å se, høre, og delta sammen med tilretteleggeren. Dette danner grunnlag for kartlegging, kontakt og samarbeid. Tilretteleggeren får da mulighet til å legge til rette for læringsaktiviteter og læringsarbeid hos den andre. Dale (1998) sier at kommunikasjon er en forutsetning for et samarbeidsforhold.

Med relasjonen som grunnlag "iscenesettes" et budskap på en slik måte at den lærende klarer å oppfatte dette. Det er tilretteleggerens ansvar å tilpasse "iscenesettelsen" til den enkeltes forutsetninger. Å "iscenesette" et budskap krever pedagogiske handlinger og holdninger (ibid). Innenfor pedagogikken er det didaktisk kunnskap som har direkte betydning for praktisk pedagogisk arbeid. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 5.4.

For å legge til rette for andres læring, må tilretteleggeren både ha kunnskap om hva som fremmer og hemmer læring, og påvirkningsferdigheter. Foruten kunnskap og ferdigheter i formidling og undervisning, må tilretteleggeren ha omsorg for læringsinnholdet. Det viser hvilket forhold en har til kunnskap og læring (Dale 1998). Læreren blir rollemodell i forhold til å vise omsorg for læringsinnholdet. Både at læringsinnholdet, og det å tilegne seg det har betydning. Det gir mening til læringsarbeidet, både for den lærende og tilretteleggeren.

Den kognitive læringsforståelsen gir retning til to ulike handlings- og holdningsretninger. I den moderat konstruksjonistiske teorien er tilretteleggerens rolle å påvirke eleven slik at de oppdager, eller avdekker problemer som de løser, de finner frem til kunnskap selv.

Tilretteleggerens arbeidsmetode kan være å stille spørsmål, utforske et tema sammen med eleven, eller avdekke problemområder. Det kan også være å gi eleven opplevelser som gjør at de selv oppdager problemer og finner frem til løsninger. Motsatsen er undervisning hvor tilretteleggeren formidler fakta og kunnskap, som den lærende overtar passivt. Målet er korteste vei til resultatet. Læringsprosessen er ikke i fokus, og læringen ledes og styres av tilretteleggeren. Dette er den radikal-konstruksjonistiske retning, og beskrives også som kunnskapsformidling og reproduksjon av kunnskap. Denne modellen kritiseres for å ikke representere fullverdig læring (Rørvik 1998).

Rørvik (1998) sier at det å legge til rette for læring er en så kompleks aktivitet og prosess, at det i dag er behov for tilnærming relatert til begge disse veivalgene.

Tilrettelegger-rollen innebærer å ha makt over andre. Opplæringsloven sier at alle barn har rett til opplæring tilpasset deres evner og muligheter ([LOV-1998-07-17-61](#) Opplæringslova). Læreplanen sier hva slags kunnskap den enkelte bør tilegne seg. Lovverk og nasjonale planer definerer lærerens rolle, makt og styringsmuligheter. Å være gitt makt og styringsmuligheter gir ikke garanti for at denne blir utøvet på best mulig måte, til tross for gode intensjoner.

I Norge har vi både plikt og rett til utdanning. Noen få kritiserer at det er forsterkt styring av hva som skal læres, og hvordan det skal gjøres, gjennom den måten vi har organisert utdanningssystemet på. De fleste opplever skoleplikt som en flott mulighet, og et gode. Det formelle ansvaret pedagogen har er å hjelpe den enkelte til å lære på best mulig måte. Den makten som ligger i denne plikten vises i at det som presenteres skal vurderes. Det er maler for hva som er godt nok. Samtidig har vårt utdanningssystem det prinsipp at alle skal få lære på den måten de trenger. Dette er omdiskutert. Mange mener at det ikke er ressurser nok til å ivareta dette prinsippet. Det ligger også makt i det faktum at tilretteleggerens foretar valg av lærestoff og læringsaktiviteter.

Den formelle, og uttalte makten er ikke farlig, fordi den er åpen og synlig. Verre er det med den usynlige og skjulte makten som ligger i tilretteleggerens rolle. Å ha et forhold til, og reflektere over den etiske siden ved tilrettelegger rollen er det som kjennetegner en profesjonell pedagog (Dale 1998).

Innenfor utdanning og opplæring som ikke er pliktig, vil ansvaret for den enkeltes læring ha det forbehold at den enkelte har mer ansvar for sin egen læring. Pedagogen er en med- og støttespiller på dette nivået. Tilretteleggeren har ansvar for at den andre får muligheter for læring, ikke garanti (Rørvik 1998). Det ligger likevel til lærerens rolle som fagperson en plikt, og rett til å påvirke den lærendes læringsbetingelser.

Funn

Respondentene beskriver at pedagogiske handlinger er det som får pasientene til selv å finne frem til ny kunnskap. Tilretteleggerens rolle er å legge til rette for at den lærende er aktiv,

søkende, og selvstendig. Den lærende må selv gjøre læringsarbeidet. Respondentene understreker gjennom mange og detaljerte beskrivelser at de regner sin egen rolle som svært sentral for den enkeltes læring. Deres holdninger og handlinger påvirker den lærendes opplevelse av å bli ivaretatt, respektert, og trygg. Det regnes som sentrale pedagogiske oppgaver. Tilretteleggerens evne og vilje til å følge tilretteleggerens anvisninger er en viktig læreforutsetning (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Det hjelpende samarbeidsforholdet er grunnlaget for sykepleieprosessen. Samarbeid som arbeidsprinsipp er et praktisk utslag av egenomsorgstanken, som er et grunnprinsipp i alt sykepleiearbeid, nemlig at den enkelte skal delta i arbeidet med å løse sine problemer. Samarbeid forutsetter at det er en relasjon mellom den hjelpetrengende og hjelperen. Relasjonen gjør påvirkning mulig (Hummelvoll 2004).

Relasjonen er både en forutsetning for å kunne hjelpe, og en arena for hjelpearbeid. Den gjør at hjelperen får kunnskap om den enkeltes problemer og ressurser, slik at målrettede hjelpetiltak kan iverksettes. Og det er i relasjonen at påvirkning skjer. Sykepleiearbeid er å iverksette tiltak som skal hjelpe pasienten på ulike måter, avhengig av problemer og ressurser. Relasjonen er arena for den helsehjelp som psykiatriske sykepleiere gir. Relasjonen beskrives som "mulighetenes rom" (Lindstrøm 2003 s.38), den gjør det mulig å yte hjelp. Den er også et virkemiddel for å frigjøre pasientens indre ressurser (Bø 1996). Dette stiller krav til relasjonens innhold, form og kvaliteter. Relasjonen er arena for stimulering og styrking av pasientens egenomsorgsevne. Det betyr at sykepleieren legger til rette for at pasienten skal utvikle seg. Den psykiatriske sykepleierens oppgave er å få noe til å skje med pasienten.

For å bidra til å utvikle pasientens evne til egenomsorg er det mange ulike tiltak sykepleieren benytter seg av. Respondentenes beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid minner om det som kalles ego-styrkende sykepleietiltak. Det er den minst omtalte, og mest brukte arbeidsmåten innenfor psykiatrisk sykepleie (Levander 1979 s.299). Det handler om en systematisert hjelpende måte å forholde seg på, overfor mennesker som har en sviktende ego-fungering. Denne arbeidsmåten har sitt utspring i ego-psykologien og den psykodynamiske behandlingstradisjonen. Utvikling av sykdom forklares som svikt i, eller mangelfullt utviklet ego-fungering. Ego-funksjonene er psykologiske strukturer vi alle er født med, og som modnes og utvikles i oss gjennom vekst, relasjon og læring. De blir sett på som funksjoner

som hjelper mennesker til å fungere sammen med andre, og klare seg i livet selv (Cullberg 1995).

Mennesker med psykiske lidelser har ofte stort behov for hjelp og støtte for å etablere relasjoner til andre, som en konsekvens av lidelsens karakter og symptomer (Hummelvoll 2004). Psykisk syke mennesker er også svært sårbare og lett påvirkelige. Det gjør at sykepleierens har et stort ansvar, og sentral for pasientens utviklingsmuligheter.

Vurdering

Både psykiatrisk sykepleie og pedagogisk arbeid handler om å påvirke mennesker. Didaktisk teori beskriver at tilretteleggerens ansvar er å legge til rette for andres læringsmuligheter. Respondentene beskriver sin rolle som det å være sentral for utvikling på mange områder, ikke bare for den enkeltes muligheter for læring.

Metodene som brukes for å legge til rette for læring innenfor didaktisk teori, er de samme som respondentene beskriver at de bruker i sitt praktiske pedagogiske arbeid.

Respondentene fokuserer mer på den lærendes følelser, i forbindelse med læring, enn det didaktisk teori gjør.

Kvalitet og profesjonalitet berøres av didaktisk teori som sentralt ved tilrettelegging for andres læring. Refleksjon over tema, innhold og metoder innfor pedagogisk virksomhet påvirker kvaliteten av det arbeidet som gjøres (Dale 1998). Respondentene har ikke spesielt fokus på dette i beskrivelsene av sitt pedagogiske ansvar og arbeid.

Det ser ut til at psykiatriske sykepleiere mener de har et mer omfattende ansvar, og en mer omfattende rolle i forhold til sine pasienter, enn slik didaktisk teori beskriver lærer rollen.

5.2.3. Læringsmiljø – fysisk og psykisk

Pedagogisk forklaring

Innenfor didaktisk teori regnes læringsmiljøet som en sentral læreforutsetning (Rørvik 1998). Læringsmiljøet påvirker læringsmulighetene på ulike nivå og områder. Et godt læringsmiljø fremmer den lærendes opplevelse av trygghet, legger til rette for gode samarbeidsmuligheter,

har en inkluderende holdning, en positiv stemning, formidler positive forventninger og krav, som gir håp om og tro på mestring. Det kan beskrives som det psykiske læringsmiljøet. Eksempel på forhold ved det fysiske læringsmiljøet som har betydning for læring, er omgivelsenes utforming, lys, farge, størrelse, varme, utstyr, muligheter for konsentrasjon, plass, luft, mulighet for ro og aktivitet. Andre forhold som påvirker miljøet rundt den lærende, er tilgang til utstyr, lærebøker, og penger, dette beskrives som ressurser som har betydning for læring (ibid).

Rammefaktorer kalles de mer formelle forhold som representerer muligheter og begrensninger i læreprosessen. Eksempelvis vil organiseringen av grunnskolen være en rammefaktor som styrer og påvirker læringsmiljøet, og læringsmulighetene til barn og unge. Organiseringen og styringen foregår gjennom lovverk, forskrifter, reglement og instruks. Det er den legitime styringen av læringsmiljøet. Dette kommer til uttrykk gjennom vedtatte fagplaner, opplæringsplaner eller rammeplaner. Sterk styring kan føre til en raskere måloppnåelse, men det kan også hemme læringen. Det er ikke sikkert sterk styring klarer å ta hensyn til de individuelle læringsbehov, og læringsevner. Det kan også begrense tilretteleggerens valgfrihet. Administrative og økonomiske forhold kan også legge restriksjoner på tilretteleggings- og læringsarbeidet (Gundem 1998).

Læringsmiljøet påvirkes også av den historiske og sosiale kontekst det til enhver tid er i. Det kan preges av tradisjoner, etnisk gruppering, religiøse standpunkt, helseverdier, familieroller og forhold, hjemmemiljø, internasjonale forhold, kultur, og nasjonal påvirkning, nærmiljø, normer, regler, og faglige tradisjoner (Rørvik 1998).

Faglig tradisjon handler om hvilket læringssyn som dominerer det tilretteleggingsarbeidet som gjøres. Læringssynet styres av teorier om hvordan mennesket lærer og påvirkes. I dag hentes kunnskap fra ulike forståelser av mennesket og læring. Det dominerende læringssynet i dag er det kognitive, som vektlegger menneskets kognitive fungering i læringsarbeidet.

Funn

Respondentene understreker at læringsmiljøet må fremme forutsigbarhet. Pasientene skal vite hva som skjer, og kunne forberede seg på endringer. Det fysiske læringsmiljøet påvirker den lærendes psykisk tilstand. Den psykiske tilstand til den lærende fremheves som læringsbetingelse. Læringsmiljøet må fremme følelsen av trygghet, og opplevelsen av respekt,

slik at den lærende tør å inngå i relasjoner og samarbeid med tilretteleggeren. Det er tilretteleggeren som har ansvar for at læringsmiljøet fremmer læring hos den enkelte (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Psykiatriske sykepleiere vektlegger det psykiske arbeidsmiljøet, foran det fysiske miljøet.

Å ha fokus på miljøet rundt pasientene har en sterk tradisjon innenfor psykiatrisk sykepleie, både for å forstå hvorfor mennesker utvikler lidelser og symptomer, og i arbeidet med å hjelpe. Innenfor psykisk helsevern er miljøterapi et kjent behandlingsprinsipp (Hummelvoll 2004). Miljøet blir en arena for relasjonen, kartlegging, og påvirkning. Miljøets utforming påvirker den enkelte gjennom regler, retningslinjer, struktur, klima, forventninger, og kommunisering av budskap. Miljøet representerer også arena for kontakt og samhandling. Felles arbeideoppgaver, muligheter til å være sammen, og ulike tilbud om aktiviteter, gir hjelperen mulighet til å påvirke den enkeltes opplevelse av trygghet og tillit. De muligheter for læring og utvikling som miljøet representerer har betydning bare hvis hjelperen klarer å skape et forhold til pasienten basert på trygghet og tillit. Sykepleiens fundament er omsorg, som har tre fundamentale kvaliteter. Det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Det handler om forholdet mellom mennesker, det hjelperen gjør, og den grunnholdning som hjelperen uttrykker. Omsorgen kommer til uttrykk i relasjonen, og i organiseringen og bruk av miljøet rundt pasienten. Det omsorgsfulle miljøet preges av tillit, trygghet, forståelse og respekt (Martinsen 1989, Lindstrøm 2003, Hummelvoll 1997).

Å etablere forutsigbarhet handler om at den lærende kan forberede seg, og ikke bli overrasket. Forberedelse kan føre til at læringsarbeid og utfordringer ikke oppleves som angstfylte og utrygge. Forutsigbarhet er et prinsipp innenfor ego-styrkende sykepleiarbeid. Holdninger og handlinger som virker ego-styrkende har sin opprinnelse i egopsykologiens teori om at mennesker med psykiske lidelser har dårlig utviklede ego-funksjoner, eller svak ego-fungering (Levander 1979, Cullberg 1995). Forutsigbarhet virker ego-styrkende ved at det å ha opplevelse av kontroll og oversikt gir trygghet. Det gjør den enkelte ikke trenger bruke unødig energi på å være utrygg, og å forsvare seg mot dette (ibid).

”Containing-function” er et ego-styrkende sykepleietiltak som nevnes spesielt av respondentene. Det handler om at sykepleieren lytter til, og tar i mot pasientens

følelsesuttrykk. I neste omgang kan hjelperen ”levere dem tilbake” til pasienten verbalisert, og i en strukturert form. Denne ”containerfunksjonen” hjelper pasienten å holde ut, og tåle sine egne følelser. Det avhjelper det følelsesmessige press som mange med psykiske lidelser, i følge ego-psykologiens forståelse av lidelse, opplever. Ved å ”containere” viser hjelperne at pasientenes følelser er til å holde ut, og det kan ha både en pedagogisk, og støttende funksjon (Levander 1979).

Det miljøet som fremmer læring skiller seg ikke fra beskrivelsene av det ego-styrkende miljø. Miljøets psykologiske virkning er i fokus, og tilretteleggeren er sentral i forhold til miljøets virning i pedagogisk øyemed.

Vurdering

Didaktisk teori vektlegger flere sider ved læringsmiljøet, enn hva respondentene gjør. Fysiske forhold's betydning for læring er mer eller mindre fraværende i respondentenes beskrivelser. De beskriver bare det som har betydning for struktur og forutsigbarhet, altså det ved fysisk utforming som har betydning for den lærendes psykiske tilstand. Trygghet og forutsigbarhet er respondentenes hovedfokus, mens didaktisk teori er mindre spesifikk i forhold til dette.

Respondentene knytter ikke ressurser, rammefaktorer, kulturelle og faglige tradisjoner til læringsmiljøet, i sine beskrivelser av sitt pedagogiske arbeid.

En annen forskjell mellom respondentenes fokus på læringsmiljøet, og didaktikkens er vektlegging og beskrivelse av tilrettelegger-rollen. Didaktisk teori beskriver at tilrettelegger-rollen påvirkes av mange forhold og faktorer i læringsmiljøet. Respondentene beskriver tilrettelegger-funksjonen som en mer aktiv gjennom relasjonen, alliansen, og påvirkning av læringsmiljøet. Psykiatriske sykepleiere påvirker læringsmiljøet rundt pasienten i større grad enn pedagogene. Pedagogene i de tradisjonelle opplæringsinstitusjonene påvirkes av i større grad av forhold ved læringsmiljøet, enn omvendt.

Didaktikkens beskrivelser av læringsmiljøet kan sammenlignes med psykiatriske sykepleieres beskrivelse av målet med en ego-styrkende tilnærming. Pedagogisk intervensjon er en del av de ego-styrkende sykepleieprinsipper. Teoretisk ser ut til å være flere likheter mellom psykiatrisk sykepleie og det didaktiske, eller pedagogiske felt.

5.3. Pedagogiske verktøy og metoder.

Pedagogikken bruker begrepet ”fremgangsmåter” om det arbeidet som pedagogen gjør når læring er målet. Det innbefatter både selve metoden, og måten den brukes på. Arbeidsvilkår og læreforutsetninger bestemmer fremgangsmåtene (Rørvik 1998). Rørvik(1998 s.99) sier at dette er ”et innfløkt område med mange variabler og tilsvarende emner”.

Denne kategorien omhandler beskrivelser av virkemidler, metoder, og verktøy som respondentene bruker i sitt pedagogiske arbeid.

5.3.1. Kommunikasjon

Pedagogisk forklaring

Lærerens ulike arbeidsmetoder, uavhengig av type undervisning, beskrives på mange ulike måter. Konstruktiv informasjon, lærer-elev-dialog, fortelling, formidling av tekst, innhold eller fakta, formidling av et budskap. Det er verbal kommunikasjon som er den sentrale formidlingsmetoden her (Rørvik 1998). Pedagogen påvirker eleven ved å formidle et budskap verbalt. Eleven må høre, tenke, bearbeide, og være en aktiv samtalepartner for pedagogen.

Hovedvirksomhet, eller aktiviteten for å fremme læring er kommunikasjon (Dale 1998). Kommunikasjon gjør at noe blir felles. Dale (1998) kaller den pedagogiske kommunikasjonen også for meddelelsesatferd.

Gjennom kommunikasjon påvirker tilretteleggeren den lærende ved å stimulere til erfaringer og opplevelser som bearbeides kognitivt. Hvordan de bruker språket, om de formidler til, eller har en dialog med eleven, avgjøres blant annet av hva de ønsker å oppnå, og hvilke forutsetninger den enkelte eleven har. Kommunikasjon handler om å formidle et budskap som blir mottatt og forstått av en annen. Budskap kan formidles via non-verbale, eller verbale tegn, symboler og signaler. Kommunikasjon gjør at noe blir felles (ibid).

Funn

Respondentene beskriver mange ulike måter å kommunisere et budskap på, når målet er å legge til rette for andres læring. Språk som pedagogisk verktøy beskrives både som enveiskommunikasjon, og dialog. Formidling av budskap gjennom non-verbale aktiviteter beskrives som pedagogisk verktøy både i direkte personlig veiledning sammen med pasienten,

men også uttrykt gjennom signaler som tydeliggjør forventninger til den enkeltes atferd. Det skjer gjennom handlinger, holdninger, struktur, visualisering og organisering som kan observeres, oppfattes og forstås av den som skal lære. Avdelingsmiljøets struktur og utforming, regnes som et pedagogisk verktøy. Budskap og forventninger til pasientene formidles slik gjennom felles regler og struktur. Den pedagogiske kommunikasjonen foregår både i ulike grupper, og til enkeltpersoner. Respondentene beskriver også at de tar i verk ulike hjelpemidler i kommunikasjonen (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Kommunikasjon er psykiatriske sykepleieres viktigste arbeidsredskap, sammen med relasjonen. Innenfor relasjonen påvirker sykepleieren pasienten på mange ulike måter, også ved hjelp av språket. Dette manifesterer seg i sykepleieprosessen som regnes som sykepleiernes arbeidsredskap, eller arbeidsmåte, og er en relasjons- og kommunikasjonsprosess. Relasjonen og kommunikasjon er uløselig knyttet sammen når man utøver psykiatrisk sykepleie. Det viktigste verktøyet sykepleierens har for å etablere en relasjon er målrettet kommunikasjon (Hummelvoll 2004, Travelbee 1971).

Begreper som beskriver sykepleiernes pedagogiske arbeid er blant annet informasjon, råd, undervisning, veiledning, helseopplysning, instruksjon, støtte og samtale (Pilhammar Andersson 2003, Friberg 2003, Granum 2003). Dette er arbeid hvor verbal kommunikasjon er det sentrale arbeidsredskapet, men hvor også ulike former for non-verbal kommunikasjon er nødvendig.

Sykepleierne har plikt i forhold til å gi pasienten informasjon om helsetilstand, og innhold i sykepleien, og de må forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen ([LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven). Denne plikten stiller krav til sykepleiernes evner til kommunikasjon og formidling.

Vurdering

Relasjonen, non-verbal og verbal kommunikasjon er sentrale faktorer for påvirkning av mennesker, både innenfor pedagogikk og psykiatrisk sykepleie.

Det sentrale kommunikasjons- eller formidlingsverktøyet innenfor didaktisk teori er språk, muntlig eller skriftlig.

Respondentene beskriver kommunikasjon som pedagogisk verktøy, mer omfattende og detaljert enn pedagogikken. Formidling av et budskap skjer gjennom bruk av språk og andre metoder. Disse andre metodene beskrives ofte som non-verbal kommunikasjon. På dette området er respondentene svært omfattende og detaljerte. Pedagogisk kommunikasjon kan forstås som mer omfattende enn pedagogenes. Respondentene har mange muligheter for å kommunisere et budskap til pasientene, fordi de blant annet regner omgivelser, miljø, struktur, alle former for samvær, som mulige pedagogiske verktøy. På bakgrunn av informasjon som er kommet frem tidligere regner respondentene seg som svært delaktige i alt som påvirker pasienten i retning læring. Relasjonens kvalitet og klima beskrives som en kommunikasjons-, og påvirkningsmetode i seg selv.

5.3.2. Samhandling/relasjonen

Pedagogisk forklaring

Relasjonen danner grunnlaget for kartlegging, kontakt, og samarbeid. Den er grunnlaget for at læreren skal klare å legge til rette for læring (Dale1998).

Det kognitive, konstruksjonistiske læringssynet definerer pedagogens rolle til å være den som legger til rette for andres læringsmuligheter, gjennom å sørge for gode læringsbetingelser for den enkelte. For å klare dette må det være en relasjon mellom tilretteleggeren og den lærende. Denne relasjonen må inneha læringsfremmende kvaliteter (Rørvik 1998).

Relasjonen, eller samarbeidsforholdet, stimulerer til aktivitet, styrer og differensierer aktiviteten, skaper trygghet, og gjør det lettere å legge tilrette for den enkeltes mestringsopplevelser. Gjennom samhandling viser kunnskapen seg på flere måter; verbalt, visuelt, ord kan knyttes til bestemte handlinger, og den lærende får tilbakemelding og signaler på sin atferd. Positive opplevelser av samhandling, og av å mestre og å lære, stimulerer til mer samarbeid, og samhandling(Rørvik1998).

Funn

Respondentene beskriver at utgangspunktet for at relasjonen skal virke pedagogisk, er at partene som samhandler har en felles forståelsesramme. Det gjør at partene arbeider i samme retning, og mot samme mål. Respondentene beskriver spesifikt at uklarheter må ryddes av veien (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Det hjelpende samarbeidsforholdet er grunnlaget for sykepleieprosessen. Samarbeid som arbeidsprinsipp er et praktisk utslag av egenomsorgstanken. Det er et grunnprinsipp i alt sykepleiearbeid at den enkelte selv skal delta i arbeidet med å løse sine problemer. Samarbeid forutsetter at det er en relasjon mellom den hjelpetrengende, og hjelperen. Det er relasjonen gjør målrettet påvirkning av andre mulig (Hummelvoll 2004).

Relasjonen er både en forutsetning for å kunne hjelpe, og en arena for hjelpearbeid. Den gjør at hjelperen får kunnskap om den enkeltes problemer og ressurser, slik at målrettede hjelpetiltak kan iverksettes. Relasjonen beskrives som "mulighetenes rom" (Lindstrøm 2003 s.38). Den er også et virkemiddel for å frigjøre pasientens indre ressurser (Bø 1996). Dette stiller krav til relasjonens innhold, form og kvaliteter. Noe som avhenger av tilretteleggerens kunnskaper og kompetanse.

Mennesker med psykiske lidelser har ofte stort behov for hjelp og støtte for å våge å inngå relasjoner. Dette kan skyldes lidelsens karakter, konsekvenser, manglende relasjonskompetanse, og tidligere dårlige erfaringer med relasjoner til andre. Å påvirke mennesker med psykiske lidelser er ikke bare forbundet med stort ansvar, men kan også være vanskelig. På grunn av deres sykdom, sårbarhet, og erfaringer, kan deres reaksjonsmønstre være annerledes enn hos andre (Dahl m.fl.1994).

Psykiske lidelser kan forstyrre evnen til å oppfatte signaler fra andre. Følelsesmessige forstyrrelser kan påvirke evnen til å oppfatte, og til å tenke. Symptomer som urealistiske forestillinger om seg selv og omgivelsene kan gjøre samhandling med andre vanskelig. Virkeligheten fortoner seg forskjellig for de ulike partene i relasjonen. Dette skaper behov for at partene i relasjonen kommer frem til en felles forståelse og opplevelse av et problemkompleks, og av virkeligheten.

Vurdering

Relasjon og samhandling er vektlagt som sentralt både innenfor pedagogikk og psykiatrisk sykepleie. Respondentene har noe mer fokus på det kompliserte ved å samhandle, og inngå relasjoner, enn didaktisk teori. Det viser deres fokus på å finne frem til en felles forståelse, og oppklare ulikheter. Mennesker med psykiske lidelser har problemer som påvirker evnen til å

samarbeide og samhandle med andre. Didaktisk teori tar noe høyde for dette, men på et mer generelt plan (Rørvik1998). Pedagogikkens kunnskapsområde som retter seg spesifikt mot mennesker med læreproblemer, retter seg mer mot behovet for, og vanskene med å finne et felles ståsted mellom tilretteleggeren og den lærende.

5.3.3. Kartlegging

Pedagogisk forklaring

Opplæring regnes som tradisjonelt pedagogiske arbeid og tar utgangspunkt i den enkeltes muligheter og forutsetninger. Pedagogiske muligheter og forutsetninger er den enkeltes fysiske, intellektuelle, emosjonelle, og sosiale evner. Og den enkeltes kunnskaper og personlighet. Relasjonen mellom elev og lærer, og den enkeltes kultur-, og miljøreferanser har også betydning (Rørvik 1998). Dette får læreren kunnskaper om gjennom relasjonen, prøver, samtaler og observasjoner. For å kunne ta hensyn til de lærendes ulike forutsetninger må tilretteleggeren ikke bare vite hva som fremmer og hemmer læring, men også evne til å fremskaffe kunnskap om dette. Det skjer gjennom ulike former for kartlegging (Gundem 1998).

Det er primært lærernes egenobservasjon, eller prøver og formelle vurderinger av kunnskap, som gir grunnlag for å skaffe den nødvendige kunnskapen om den lærende.

Funn

Kartlegging er sentralt, og skjer i møte med pasienten. Det er viktig å finne frem til pasientenes egne opplevelser av det som skal kartlegges. Respondentene beskriver at pasientenes tidligere erfaringer, vekst og utvikling, og hvordan dette skjedde, som sentralt å kartlegge. Kartlegging skjer gjennom direkte kontakt med pasienten, og fra opplysninger andre har om pasienten. Respondentene understreker at det er viktig å finne frem til en mest mulig sann kunnskap(vedlegg7).

Forståelse av funn

For psykiatriske sykepleiere er kartlegging en naturlig del av hjelpearbeidet. De har kompetanse i, og tradisjon for dette, og det uttrykkes gjennom sykepleieprosessen som arbeidsredskap. Pasientens problemer og ressurser kartlegges før man iverksetter hjelpende tiltak. En viktig oppgave for den psykiatriske sykepleieren er å tre frem som pasientens talsmann når pasienten selv ikke kan eller vil kommunisere med omverdenen(Hummelvoll

2004). For å få til dette er sykepleieren avhengig av å ha inngående kjennskap til den enkelte. Dette gjelder pasienter som på grunn av fysisk eller psykisk helsesvikt ikke klarer å uttrykke sine egne problemer, eller behov.

Sykepleiere har tradisjon for å innhente opplysninger fra andre, og å samarbeide med andre om å skaffe opplysninger om sine pasienter. Helsesystemet er bygd opp omkring det å dele informasjon. Dette er juridisk regulert via lov om pasientrettigheter, og lov om helsepersonell ([LOV-1999-07-02-63](#) Pasientrettighetsloven, [LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven).

En del av det som er i fokus for det kartleggingsarbeidet sykepleieren gjør sammen med pasienten, er å få frem kunnskap om pasientens historie, tidligere opplevelser, erfaringer, metringstrategier, og helseproblemer. Det danner grunnlaget for kjennskap til den enkelte.

Ved å hente inn observasjoner og synspunkter fra andre, kan man få et mer nyansert bilde av en situasjon. Samtidig vet man at alle observasjoner og forståelser er preget av den enkeltes forforståelse. Det å ha muligheter til å kritisk drøfte den informasjonen man får og har, og hvordan man tenker å bruke den, er en del av det å kunne hjelpe på en riktig og profesjonell måte. Innenfor psykiatrisk sykepleie er det tradisjon for å reflektere sammen rundt egne holdninger til, tolkninger og forståelse av pasienter (Hummelvoll 2004). Å få tilgang til sannheten om den enkelte er egentlig ikke mulig. Ved å kartlegge den enkeltes problemer, behov og ressurser, samarbeide, reflektere, være kritisk, kunnskapsrik, og åpen, er det mulig å danne seg et realistisk, nyansert og så sant bilde som mulig av den andre.

Vurdering

Kartlegging er en arbeidsmetode både hos pedagoger og psykiatriske sykepleiere.

Respondentene beskriver kartlegging på en mer omfattende måte enn pedagogikken gjør. De beskriver de sidene av kartlegging som er kompliserte, og som pedagogikken ofte ikke trenger å forholde seg til. Tradisjonelle kartleggingsmåter kan ha dårlige vilkår i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Det kan være komplisert å få opplysninger fra pasienten selv, muligheter for misforståelser og vansker med å kommunisere kan gjøre dette til en utfordring.

Pedagogenes kartlegging dreier seg om å skaffe informasjon om læringsevner, mens psykiatriske sykepleieres kartlegging nødvendigvis blir mer omfattende, fordi mennesker med psykiske lidelser ofte har lærevansker.

Respondentenes kartlegging i forhold til læring skiller seg ikke nevneverdig fra kartlegging i forbindelse med annet psykiatrisk sykepleiarbeid. Kartlegging er en naturlig del av psykiatriske sykepleieres arbeid (Hummelvoll 2004).

Psykiatriske sykepleiere har tradisjon for å reflektere sammen med andre over kunnskapen om den enkelte, og arbeidet som planlegges og utøves. Veilednings- og refleksjonsgrupper er vanlig innenfor psykisk helsevern. Det bidrar til utvikling av bevissthet rundt egen for forståelse, og forståelse av andre. Respondentenes tradisjon for å dele sine tanker med andre fører også til kvalitetssikring, eller kvalitetskontroll av datainnsamling, og valg av handlinger. Pedagogikken gir ikke uttrykk for at samme praksis forventes av pedagogene. Også tradisjonen med å forholde seg til pasientenes historie er mer fremtredende hos sykepleierne, enn hos pedagogene.

Det som er felles hos pedagoger og respondenter er at kartleggingen skjer i direkte kontakt med pasienten, eller den lærende. Det å hente inn informasjon om vedkommendes bakgrunn og historie gjøres av begge parter. Respondentene bruker pasienten selv, og tidligere rapport- og journalsystemer som kilde, mens pedagogene ofte bruker tidligere prøveresultater som en kilde til informasjon. Tidligere prøveresultater kan gi informasjon om den lærendes kunnskapsnivå.

5.3.4. Kollegasamarbeid

Pedagogisk forklaring

Tradisjonelt har det vært slik innenfor pedagogiske arenaer, at det har vært en lærer knyttet opp til et visst antall elever. Denne læreren har vært alene med den direkte kontakten, og kanskje også ansvaret for disse elevene. Dette synet på læring og lærerens ansvar er i ferd med å endre seg. Samarbeid mellom lærere vokser frem som et pedagogisk prinsipp (Rørvik 1998). Denne endringen påvirker også synet på hvordan læring skjer, og settes i gang. Den lærende har fått mer og mer ansvar selv, i tråd med at man har erkjent at ingen kan bestemme at andre skal lære.

Funn

Respondentene beskriver at det pedagogiske arbeidet de gjør er avhengig av samarbeid med andre, og inkluderer flere faggrupper (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Det er mange hjelpere involvert i læringsarbeid hos pasienter med psykiske lidelser som trenger institusjonsbehandling. Pasientene i denne studien er innlagt i sykehus under døgntkontinuerlige omsorgstiltak. De kommer derfor i kontakt med mange hjelpere som arbeider i turnusordning. Den hjelpen pasientene trenger er ofte sammensatt. Mange problemstillinger arbeides det med over tid, og mange hjelpere er involvert.

Sykepleieprosessen er en arbeidsprosess som også er tilpasset døgntkontinuerlig oppfølging og omsorg. Sykepleiere må planlegge og dokumentere sitt arbeid skriftlig i avdelingenes dokumentasjonssystem. Dette er lovbestemt ([LOV-1999-07-02-64](#) Helsepersonelloven). Det gjør det mulig for flere å påvirke den enkelte på tilnærmet lik måte, og i forhold til samme målsetting.

Det lovregulerte dokumentasjonssystemet sykepleiere bruker i arbeidet sitt er bygd på prinsippet om at nødvendige tiltak kan følges opp av den sykepleieren som er på jobb til enhver tid. Slik får pasientene en tilpasset, planlagt og målrettet hjelp med sine plager og problemer. Det pedagogiske arbeidet regnes som en naturlig del av sykepleiearbeidet, derfor vil det være naturlig at dette arbeidet også kan skje ved at ulike hjelpere arbeider målrettet i forhold til den enkeltes behov for opplæring.

Vurdering

Pedagogikken har mer fokus på samarbeid med den lærende, enn med kolleger, i det individuelle pedagogiske arbeidet. Hos de psykiatriske sykepleierne er kollegasamarbeid et arbeidsprinsipp på lik linje med andre arbeidsprinsipper. Dette er naturlig også fordi sykepleierne i denne studien forholder seg til mennesker som trenger døgntkontinuerlig hjelp og støtte. Samarbeid mellom ulike ”vaktskift” har alltid vært en del av sykepleiernes arbeidsmåte. Deres arbeid har tradisjonelt foregått innenfor institusjoner. Psykisk helsevern endrer seg nå slik at det vil bli mer og mer vanlig å få hjelp hjemme. Da vil en-til-en kontakt med pasienten kanskje bli mer vanlig. Men også i kommunehelsetjenesten er det turnusarbeid som krever samarbeid, og kommunikasjon mellom hjelpere.

5.4. Undervisningsprinsipper

Innenfor kognitiv læringsteori er det to dominerende måter å bruke de pedagogiske verktøyene på. I undervisning med vekt på innhold, brukes de pedagogiske verktøyene til å formidle kunnskap til andre. I prosessorientert undervisning, brukes de pedagogiske verktøyene til å få de lærende selv til å finne frem til kunnskap (Rørvik 1998). Verktøyene er de samme, men bruken av dem er forskjellig. Man står overfor ulike læringsmåter, eller metoder.

Denne kategorien inneholder beskrivelse og forståelse av prinsipper som fremmer læring, og som påvirker bruk av de pedagogiske verktøy, som det er gjort rede for i kapittel 5.3.

Disse prinsippene er utarbeidet på bakgrunn av det kognitive læringssyn, og er en slags ”undervisningsoppskrift” (Frøyen 1998). Det er en detaljert oversikt over prinsipper som må tas hensyn til når man legger til rette for læring. Å ha slike detaljerte oppskrifter kan kritiseres, fordi dette ikke vil passe for alle som skal lære. Det kan likevel være til god hjelp å ha en ”huskeliste”, eller ”sjekkliste”, når undervisning planlegges og gjennomføres.

5.4.1. Egenaktivitet/Læringsaktivitet

Pedagogisk forklaring

Læring skjer på bakgrunn av kognitiv bearbeiding av erfaringer (Frøyen 1998). Erfaringer får man gjennom å gjøre noe, oppleve noe, gjennom deltagelse, og/eller observasjon. Det er i møte med andre mennesker, og omgivelsene man får opplevelser. Når erfaringene bearbeides blir de til en eller annen form for kunnskap. Læringsaktivitet handler om både fysiske aktiviteter, og kognitive aktiviteter som tenkning (ibid). Innholdet i læringsaktiviteten styres av hva som skal læres, av ressurser og muligheter og den enkeltes forutsetninger for den aktuelle læringsaktiviteten.

Aktivitet som pedagogisk prinsipp som vokste frem i lys av reformpedagogikken. Lundgren (1989) og Bråten (1996) viser til at kjente teoretikere og reformpedagoger som Dewey, Piaget og Vygotsky, mente at den lærendes egenaktivitet var en sentral læreforutsetning. Undervisning utviklet seg på bakgrunn av dette mot læringsaktiviteter basert på at elevene skulle forholde seg til et ”følt” problem, gjøre et omfattende arbeid for å løse problemet, eller gjøre rede for temaet selv. Elevene valgte selv ulike problemstillinger å arbeide med, og ulike

måter å løse problemene på. Denne undervisningsformen kalles i dag ofte for prosjektundervisning eller problembasert undervisning eller læring (Rørvik 1998).

Det er ikke all kunnskap som kan læres på en slik måte, eller alle denne læringsformen passer for. Pedagogen må noen ganger styre den enkeltes læreprosess gjennom valg av læringsaktiviteter, og en mer aktiv tilrettelegging for læringsaktiviteter.

Drivkraften til læring regnes som svært essensiell for at læring skjer. Det å velge læringsaktiviteter selv gjør ofte at aktivitetene passer den enkeltes læreforutsetninger. For lite styring av pedagogen kan gjøre at noen velger læringsaktiviteter som de vet at de mestrer, for å ikke mislykkes. De opplever da ikke utvikling gjennom å gjøre, og å oppdage nye ting. Men en mer trening i det de allerede kan.

Funn

Respondentene beskriver at læring fremmes gjennom at pasientene egenaktivitet. Det understrekes at det er ønskelig at pasientene selv velger aktivitetsform. Konkrete læringsaktiviteter de beskriver er vanlige dagligdagse praktiske oppgaver i fellesskapet (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Sykepleiere har styrking av egenomsorgsevnen som et hovedmål for arbeidet sitt (Hummelvoll1994). Det er mange ulike kunnskaper og ferdigheter som behøves for å klare å ivareta omsorgen for seg selv.

Ulike ferdigheter og forskjellig type kunnskap kan erverves gjennom en og samme aktivitet. Det å delta i praktiske gjøremål gir ikke bare ferdigheter i det aktuelle gjøremålet, men gir også trening i samarbeid, vurdering, samhandling og samtale om andre temaer.

Det å velge selv er sentralt. Det gir drivkraft til læringsarbeidet og til å fortsette med læringsaktiviteten. Og det å velge selv stimulerer evnen og muligheten til å påvirke sitt eget liv. Det stimulerer til utvikling av selvstendighet. Selvstendighet er nødvendig for å kunne ta ansvar for seg selv og sitt eget liv.

Å velge selv er en ego-styrkende sykepleie funksjon (Levander 1979).

Det er derfor naturlig at sykepleiere har fokus på dette i mange sammenhenger.

Pedagogisk arbeid innenfor sykepleien beskrives ofte som mestringsarbeid (Hummelvoll 2004). Ved å stimulere pasienten til å velge selv stimuleres den enkeltes "eierforhold" til aktiviteten og de valg som gjøres.

Vurdering

Egenaktivitet er et sentralt prinsipp for både didaktisk teori, og psykiatrisk sykepleie.

Pasientenes egenaktivitet er avhengig av sykepleierne, som setter den i gang. Dette kommer frem i deres beskrivelser av nødvendig nærhet, og samarbeid som de har med sine pasienter i mange ulike situasjoner. For pedagogene vil det være situasjoner hvor de også må stimulere til egenaktivitet. Forskjellen er at deres målgruppe har mindre problemer med å velge, og å være i aktivitet selv. Derfor kan pedagogene bruke det "å velge selv" som en av flere måter å sette i gang læringsaktiviteter på.

For psykiatriske sykepleiere er det å legge til rette for at pasientene skal "velge selv", en av flere måter å styrke den enkeltes ego-fungering på. Psykiatriske sykepleiere arbeider med mennesker som ofte har lærevansker, og en dårligere ego-fungering enn andre (Cullberg 1995). Didaktikken og psykiatrisk sykepleie vektlegger det samme, men med ulike begrunnelser. Pasientene blir stimulert til å velge selv fordi de trenger det. Elevene velger en læringsaktivitet fordi det er den mest egnede læringsmåten.

Dagligdags, praktisk arbeidsoppgaver er ikke læringsaktiviteter som didaktisk teori er spesielt opptatt av. Didaktikk regner mange ulike aktiviteter som egnede for læring, også praktisk samhandling (Gundem 1998). For å lære ulike ferdigheter er det nødvendig å ta i bruk ulike praktiske aktiviteter som læringsaktiviteter. Da velges aktivitetene ut etter hva som skal læres. For respondentene er de praktiske arbeidsoppgavene i avdelingene muligheter for læring generelt. Avdelingens tilgang til dagligdagse praktiske gjøremål er respondentenes pedagogiske arena. Praktisk arbeid, eller samhandling er nyttige og nødvendige oppgaver, de er mulige og naturlige å gjennomføre. For mennesker med vanskeligheter med nærhet og relasjonsbygging, vil samarbeid om et praktisk arbeid være en god innfallsvinkel til å skaffe seg erfaringer i å samhandle.

5.4.2. Utfordring og støtte

Pedagogisk forklaring

Denne kategorien er en form for oppsummering av flere faktorer som fremmer læring. Innenfor pedagogikken er det kjent at læring krever trygghet og forutsigbarhet, men også utfordringer. Begge disse sidene finnes inn under kategorien motivasjon. Noen trenger stor grad av trygghet for å våge å gå inn i læringssituasjoner, mens andre trenger større grad av utfordringer for å lære. All læring krever noe evne til å gå i gang med ukjente aktiviteter. Det blir lite ny kunnskap av å mestre bedre det man kan fra før. Ny kunnskap krever nye utfordringer.

Å kombinere utfordring og trygghet som didaktiske prinsipper, er å legge til rette for at læringsarbeidet foregår trinnvis. Drivkraften til læring består av både opplevelsen av å mestre, og opplevelser som nysgjerrighet og spenning (Frøyen 1998).

Funn

Respondentene beskriver progresjon som en forutsetning for læring. De beskriver tydelig at det er tilretteleggerens anliggende å finne frem til riktig progresjon, nivå, og metode. Den enkeltes forutsetninger for å lære, spesifiseres som noe som skal taes hensyn til. Den lærendes tidligere kunnskap og mestringserfaringer vektlegges som viktig for å finne frem til riktig nivå av utfordringer og støtte (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Innenfor ego-psykologien er beskrives den ”moderlige” og ”faderlige” holdning som noe som er viktig å balansere når man arbeider med mennesker med psykiske lidelser (Levander 1979). Det handler om å balansere mellom trygghet og støtte, og et aldri så lite press, eller utfordring. Det handler om å gjøre den enkelte så trygg at vedkommende tåler utrygghet. Endringer skjer ikke ved at det ikke skjer noe nytt.

Mange mennesker med psykiske lidelser vil ha stor motstand mot endring, og stort behov for trygghet og støtte. Vektlegging av trygghet er en forutsetning for å utfordre den enkelte til å ta noen skritt inn i det ukjente. Sykepleiere har denne evnen til å kombinere støtte og utfordring (Strand 1991). Ulike mestringsstrategier er måter å imøtekomme kravet om trygghet og

utvikling på. Det å da ta utfordringene, eller utviklingen steg for steg og å oppleve trinnvis mestring, er en måte å balansere utfordringene på.

Tilretteleggerens rolle er å være ansvarlig for at balansen mellom trygghet og utfordring balanseres og opprettholdes, slik at læring skjer. Tilretteleggeren må ha evne til relasjoner, og kontakt som gir kunnskap om den enkeltes behov for trygghet, og for utfordringer. Utvikling er målet, ikke stagnasjon.

Vurdering

Så vel didaktisk teori som psykiatrisk sykepleie understreker at balanse mellom trygghet og utfordringer må til for at utvikling skal skje. Respondentene er mest detaljerte i forhold til å beskrive tilretteleggerens sentrale rolle i dette arbeidet. Didaktisk teori behandler dette fenomenet som motivasjonsprinsipp.

Psykiatriske sykepleiere bruker prinsippet om støtte og utfordring som et arbeidsprinsipp. Det er en slik arbeidsmåte og holdning som får noe til å skje med den andre. Deres pedagogisk arbeid er bygd på de samme prinsippene som det øvrige hjelpearbeidet.

5.4.3. Individualisering

Pedagogisk forklaring

Opplæringsloven sier at alle barn har rett til opplæring tilpasset deres evner og muligheter ([LOV-1998-07-17-61](#) Opplæringslova). Det betyr at den enkelte eleven skal bli sett, forstått og få læringsoppgaver, og læringsaktiviteter tilpasset sine evner og sitt nivå. Likevel er skolen og opplæring gjerne organisert i forhold til kollektive påvirkningsmetoder og arenaer. Innenfor pedagogikken er det spesialpedagogikken som representerer kunnskap og kompetanse i forhold til barn med spesielle behov, og lærevesker ([LOV-1998-07-17-61](#) Opplæringslova).

Funn

Alle har ulike forutsetninger for å lære, og lærer på ulike måter. Tilretteleggeren må ha evne til å se den enkeltes læringserfaringer, læringsbehov, og læringsevner. Den enkeltes opplevelse av sin situasjon, eller sitt problem, skal være i fokus for tilrettelegging for læring (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Det er den enkeltes behov, problemer og ressurser som skal være i fokus innenfor psykiatrisk sykepleie. Det individuelle forholdet mellom pasient og hjelper er en av bærebjelkene innenfor sykepleiarbeidet. Dette er i samsvar med sykepleiens sterke fokus på styrking av egenomsorgsevnen. Dette betyr ikke at sykepleierne ikke ser behov for, og nytten av kollektive påvirkning, og løsninger, men de vil i sterk grad ha fokus på den individuelle nytten av kollektive tiltak (Hummelvoll 2004).

Problem-, og årsakstenkningen som er fremtredende innen sykepleien gjør også at det er naturlig å tenke at grad og variant av problemer styrer valg av endringsstrategier (ibid). Problemene er det den enkelte som har, og kjenner.

Vurdering

Didaktisk teori handler om generell kunnskap om hvordan læring fremmes og skjer. Det er prinsipielt tilpasset den enkelte. Psykiatrisk sykepleie utvikler også generell kunnskap, men har et annet mandat enn pedagogikken i forhold til å bruke denne kunnskapen individuelt. Dette er et prinsipp innenfor faget. Nærheten til den enkelte er større innenfor helsevern for psykisk syke, kontra utdanningssystemet. For sykepleierne er individualisering et grunnprinsipp i forhold til alt de gjør, for pedagogikken er dette en prinsipiell arbeidsmåte. Forskjellen er vanskelig å se, og å måle. Konsekvensene av denne holdningsforskjellen er ikke særlig merkbar, fordi didaktisk teori retter seg mot mennesker uten lærevansker. Mennesker uten lærevansker vil kunne lære uten å ha det individuelle fokus på seg. Mennesker med psykiske lidelser er mer avhengig av individuell hjelp og påvirkning for å lære.

Respondentene er tydeligere enn didaktisk teori i forhold til at den enkeltes behov og ressurser må være i fokus når læring er målet. Didaktisk teori har også dette som et prinsipp, men de pedagogiske påvirkningsmetodene er mer kollektivt rettet.

5.4.4. Presentasjon av lærestoffet

Pedagogisk forklaring

Innenfor pedagogisk teori finnes det ulike måter å legge til rette for andres læring på. Det finnes gode, læringsfremmende, og dårlige, læringshemmende måter å presentere lærestoffet på. Dette presenterer på litt ulike måter; som undervisningsprinsipper (Gundem 1998), eller

som didaktiske prinsipper, strategier og struktur (Rørvik 1998). Dette handler om mer detaljerte fremgangsmåter enn det som regnes som tradisjonelle pedagogiske fremgangsmåter, som for eksempel undervisning og dialog.

Funn

Respondentene beskriver konkret at lærestoffet må gjentas, repeteres og konkretiseres. Tilrettelegging for læring må planlegges, og det tar tid (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Det å ha en alvorlig, langvarig psykisk lidelse, påvirker læringsevnen. Symptomer som tankeforstyrrelser, nedstemthet, passivitet, angst og dårlig selvbilde påvirker evnen til å tenke og huske, og dermed evnen til å lære (Dahl m.fl.1994, Hummelvoll 1994). Ved gjentakelse av læringsaktiviteter, gjerne på ulike måter, og med ulike vinklinger, øker læringsmuligheten. Innenfor psykiatrisk sykepleie er dette en anerkjent måte å jobbe på. Freed (1991) viser i sin undersøkelse at det som kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid er utholdenhet. Utholdenhet innebærer store muligheter for at gjentakelser, og repetisjoner brukes mer som en regel enn som et unntak. Det å være utholden i forhold til pedagogisk arbeid, handle rom å forsøke igjen og igjen, og ha tro på at det er mulig for den enkelte å lære, selv med læreversker.

Gjennom ego-styrkende sykepleieprinsipper som vektlegger struktur, forutsigbarhet, trygghet, og balanse mellom utfordringer og støtte, er sykepleiernes holdninger og handlinger tilpasset mange av de behov som mennesker med psykiske lidelser har, uavhengig av forklarings- og forståelsesmåter. I og med at pedagogisk virksomhet regnes som en naturlig del av psykiatrisk sykepleie vil det være rimelig å tenke at deres kunnskap og forståelse innenfor psykiatrisk sykepleie også skal harmonere med deres pedagogiske virksomhet.

Konkretisering og det å bruke tid er naturlige arbeidsmåter innefor psykiatrisk sykepleie. Dette er prinsipper som benyttes for å få kontakt, og kommunisere med mennesker med en del psykiske lidelser.

Vurdering

Didaktisk teori har et annet forhold til presentasjon av lærestoff, enn psykiatrisk sykepleie. Pedagogikkfagets intensjon er utvikling av teorier om læring og tilrettelegging for læring. Det er naturlig at det finnes flere, og godt teoretisk funderte teorier om presentasjon av lærestoff.

Innefor psykiatrisk sykepleie vil det være mindre direkte utviklet kunnskap om temaet, siden dette er en del av annet hjelpearbeid som gjøres. Det vil være mer naturlig å utvikle teorier om påvirkning til endring, men uten at de knyttes spesielt til sykepleiernes pedagogiske arbeid. Pedagogikken lanserer sine kunnskaper om det som fremmer læring mer detaljert, og målrettet knyttet til det å lære, eller å legge til rette for læring. Respondentene knytter sine beskrivelser til målgruppens problemer med å lære.

Både pedagogikk og psykiatrisk sykepleie er opptatt av at det finnes kunnskap om hvordan lærestoffet presenteres, og denne kunnskapen er sammenfallende. Det som skiller disse to fagområdene på området presentasjon av lærestoffet, er begrunnelsene.

Respondentene beskriver noen få, men generelle sentrale prinsipper som de bruker i arbeidet sitt. Disse gjelder for all psykiatrisk sykepleievirksomhet, ikke bare den pedagogiske.

5.4.5. Vurdering/tilbakemelding

Pedagogisk forklaring

Pedagogisk vurdering har tradisjonelt to funksjoner, formativ, og summativ (Rørvik 1998). Formativ vurdering handler om vurdering som fremskaffer informasjon som bidrar til å fremme den enkeltes læring. Det viktigste her er kjennskap til den lærende. Kjennskap til den lærende er vilkår for god undervisning. Den andre aktuelle formen for vurdering er summativ. Det vil si at det er en vurdering av læringens resultat, eller elevens faglige utvikling. Vurdering kan brukes til å henlede oppmerksomheten mot læring, kan motivere for læring, og bedømme læringen eller tilretteleggingen (ibid).

All vurdering krever kriterier å måles i forhold til. Det viktigste prinsippet for hvilke kriterier vurdering innenfor pedagogikken skal være, er at de er målrelaterte. Målene uttrykker intensjonen for arbeidet, kriteriene for vurdering representerer målene. Både formell og uformell vurdering tar utgangspunkt i målene. Pedagogisk vurdering er målrelatert. Diskusjonen går i forhold til hvor detaljert målrelateringen for vurdering skal være (ibid).

Funn

Vurdering, eller evaluering som en viktig del av arbeidet med å legge til rette for læring. Det vurderer den lærendes innsats, og resultatet av arbeidet. Målet med vurderingen er å motivere til videre arbeid. Slik brukes vurdering som et ledd i motivasjonsarbeid (vedlegg 7).

Forståelse av funn

Sykepleieprosessen inneholder vurderinger av de tiltak som er iverksatt. Det er en kontrollfunksjon i forhold til å vurdere om arbeidet virker etter hensikt (Hummelvoll 2004). Det er naturlig for sykepleieren å vurdere effekten av det arbeidet de gjør. Vurderinger og evalueringer er en arbeidsmetode som bidrar til struktur og styring av hjelpearbeidet.

Vurdering foregår også som et ledd i arbeidet med å motiver pasientene til deltakelse i endringsprosesser. Ved at sykepleieren viser til pasientenes tidligere erfaringer, og perioder uten sykdom og symptomer, kan pasienten hente frem drivkraft til endring.

Vurdering

Innenfor pedagogikken har vurderinger en naturlig og selvsagt plass. Det er en del av pedagogikkens historie. Respondentenes beskriver at de vurderer for å strukturere og styre arbeidet sitt, og for å motivere pasientene til innsats. Den delen av vurdering som handler om å måle den enkeltes innsats, beskriver respondentene ikke. Det kan skyldes at sykepleiefaget ikke har samme tradisjon som pedagogikken for å måle resultater. Sykepleiens resultater er ofte lettere å måle, folk blir friskere, får det bedre, eller ikke. Sykepleieprosessen forutsetter vurdering som en del av metoden, og den er rettet mot å måle effekten av eget arbeid, ikke pasientens innsats. Det har sykepleien lite tradisjon for.

5.4.5. Oppsummering

Dette kapittelet er en viktig del av det å tydeliggjøre psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet. Det er bakgrunnen for å nå målet med denne studien, å finne frem til kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag.

Her i kapittel 5 har jeg beskrevet innholdet i respondentenes ”didaktiske tenkning”. Innholdet er presentert under overskriften Funn. Denne beskrivelsen kom jeg frem til gjennom

meningskategorisering av respondentenes beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid. Metoden for å gjøre dette er det gjort utførlig rede for i denne oppgavens kapittel 4.

Jeg har også foretatt en teoretisk forståelse av respondentenes ”didaktiske tenkning”. Jeg har begrunnet og forstått deres ”didaktiske tenkning” i lys av psykiatrisk sykepleieteori. Psykiatrisk sykepleieteori representerer respondentenes forforståelse, fagbakgrunn, og kan, i følge forskernes forklaringer, regnes som det naturlige teoretiske fundamentet for deres pedagogiske virksomhet. Forskere sier at psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid er for dårlig, og at det skyldes at de regner pedagogisk virksomhet som en del av det øvrige sykepleierarbeidet (Pilhammar Andersson 2003). Denne teoretiske forståelsen av deres ”didaktiske tenkning” presenteres under overskriften Forståelse av funn.

For å finne frem til kjennetegn ved respondentenes pedagogiske handlingsgrunnlag har jeg sammenlignet min forståelse av deres ”didaktiske tenkning” med didaktisk teori. Aktuell didaktisk teori er presentert som Pedagogisk forklaring av hvert delkapittel. Hvert delkapittel avsluttes med Vurdering, som er sammenligningen mellom respondentenes ”didaktiske tenkning”, og didaktisk teori. Gjennom denne sammenligningen har jeg fått ytterligere kjennskap til respondentenes pedagogiske handlingsgrunnlag. Den teoretiske bakgrunnen for deres pedagogiske handlinger har blitt tydeligere.

Jeg har i dette kapittelet vært svært detaljert både i mine beskrivelser og vurderinger. Det har jeg funnet nødvendig av flere grunner. Respondentenes beskrivelser var på et detaljert nivå. Det materialet jeg hadde var fra så få som 5 respondenter, og for å få mest mulig informasjon ut av dette materialet måtte jeg være så detaljert.

Sammendraget eller sitater fra intervjusamtalene valgte jeg å ikke presentere direkte her i dette kapittelet. Jeg valgte heller å samle de meningsbærende elementene fra tekstmaterialet i vedlegg 7, slik at de konkrete funn ble gjort tilgjengelig for alle leserne.

Jeg har her i kapittel 5 tatt utgangspunkt i psykiatriske sykepleieres egne beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid, og brukt det som grunnlag for å finne frem til beskrivelse, forståelse og vurdering av deres ”didaktiske tenkning”. Denne tenkningen representerer deres pedagogiske handlingsgrunnlag. Mine forståelser og vurderinger her i kapittel 5 er det som

danner grunnlaget for kapittel 6, hvor kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag blir presentert.

6.0. Kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”

I dette kapitlet er målet å besvare problemstillingen for denne studien

”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag?”.

Kjennetegnene er et resultat av diskusjonen i kapittel 5. Det er den kunnskapen om psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag som har fremkommet gjennom min analyse av deres beskrivelser av pedagogisk praksis.

Jeg har kommet frem til 18 kjennetegn som jeg mener er representativt for innholdet i deres ”didaktiske tenkning”. Den sentrale kunnskapen i ”didaktisk tenkning” er kunnskap om, og forståelse av ”læring” og ”å legge til rette for læring”. Kjennetegnene presenteres derfor i henhold til disse to kategoriene kunnskap. Det kan virke unaturlig å dele dette inn på denne måten. Kunnskap om, og forståelse av ”læring” og ”å legge til rette for læring”, er to sider av samme sak. Og kunnskap om det ene er nødvendig for å kunne utvikle kunnskap om det andre. Jeg mener at jeg får frem mer detaljert kunnskap om de ulike kjennetegnene ved å dele det opp på denne måten. Både i intervjuene og i analyseprosessen oppstod dette skillet naturlig.

Presentasjonen av kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag er en oppsummering av forståelsen og vurderingen av respondentenes beskrivelser av sitt praktiske pedagogiske arbeid.

6.1. Kunnskap om, og forståelse av læring

Læring -

- er en rettighet

Psykiatriske sykepleiere ser på det å lære som en rettighet den enkelte har.

Dette gjenspeiles i psykiatriske sykepleieres sterke fokus den plikt de har til å hjelpe de pasientene de møter. De understreker at de regner pedagogisk virksomhet til å være en naturlig del av denne hjelpen. Det er mange med psykiske lidelser som har problemer med å lære. Det å ikke gi opp å forsøke å lære andre noe kan få drahjelp av en slik rettighetstenkning.

- er en mulighet, noe positivt

Psykiatriske sykepleiere ser på læring som en mulighet. "Mulighetene" består i at den som lærer får sjansen til å ta nye, eller andre valg i forhold til sitt eget liv. Det er vekt og utvikling. Vekst og utvikling fremmer egenomsorgsevnen, fører til mestring av dagligliv, gjør den enkelte bedre i stand til å mestre sitt eget liv, og å være selvstendig. Å lære er en av flere prosesser som hjelper den enkelte med å løse de problemer vedkommende har. Å kunne løse sine problemer selv, handler om vekst og utvikling.

- er en ferdighet det er mulig å lære

Psykiatriske sykepleiere mener det er mulig å lære seg å lære. Læring kan sees på som en strategi, og en måte å tenke på. Læring fremmer ny læring. verdien og effekten av det pedagogiske arbeidet trenger ikke måles i det pasienten lærer, men at pasienten har vært utsatt for læringsarbeid, og har forsøkt.

- en læringsaktivitet kan gi flere læringsresultater

Psykiatriske sykepleiere mener at læring er uforutsigbart. En læringsaktivitet kan generere flere, og uventede læringsresultater. Læringsarbeidet de legger til rette for har mye preg av kreativitet og muligheter. Læringsarbeidet henger ikke alltid naturlig sammen med læringsresultatet.

- kan foregå over tid, døgntkontinuerlig, og er ikke avhengig av en bestemt kontekst

Psykiatriske sykepleiere beskriver at læring skjer uavhengig av en spesiell kontekst. Pasientenes læring er ikke avhengig av bevisst styring, plan eller struktur fra sykepleierens side. Læring sees på som en naturlig del av det som skjer når mennesker møtes og samhandler.

- påvirkes av følelser

Psykiatriske sykepleiere beskriver at læring påvirkes av den følelsesmessig tilstand den enkelte er i, men forhindrer det ikke. Opplevelse av trygghet og forutsigbarhet fremmer evnen til læring.

- trenger drivkraft

Psykiatriske sykepleiere beskriver at læring er avhengig av at noe driver pasienten til å ønske, ville og tørre gjøre ulike typer aktiviteter. En sentral drivkraft til endring er opplevelsen av problemer, og styrke og omfang på dem. Ønsket om, behovet for, og tro på mulighetene for problemløsning er en sterk drivkraft.

- krever aktivitet, repetisjoner, og er en individuell prosess

Psykiatriske sykepleiere ser på læring som en individuell prosess, hvor hver enkelt person har individuelle forutsetninger for å lære. Den som skal lære må være aktiv og deltagende i læringsarbeidet. Lærestoffet bør bearbeides, og arbeides med gjentatte ganger, og i ulike situasjoner.

6.2. Kunnskap om, og forståelse av ”å legge til rette for læring”

- å legge til rette for andres læring

- er vanskelig

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som et komplisert og krevende arbeid som tar tid.

- er å ha makt over andre

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som å ha makt over andre. Pasientene er i den situasjonen at de må, og/eller vil ha hjelp. De er i en sårbar situasjon. Psykiatriske sykepleiere er gitt ansvar for å hjelpe, og å påvirke andre mennesker.

- er et fellesanliggende

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som et fellesanliggende for de som arbeider med å hjelpe de samme pasientene.

- er en naturlig del av det å hjelpe, og en nødvendig arbeidsoppgave

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som en naturlig og nødvendig arbeidsoppgave. Pedagogisk virksomhet regnes som en av flere metoder å hjelpe mennesker med psykiske lidelser på.

- er å bidra til å løse problemer

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som måte hjelpe pasienten til å selv løse sine problemer på.

- er å påvirke og drive den enkeltes læringsinnsats, eller læringsarbeid fremover

Psykiatriske sykepleiere ser på det å legge til rette for læring som å sette i gang og drive den enkeltes lærings- og utviklingsarbeid fremover. Tilretteleggeren finner frem til behovet for læring, tar i bruk, og opprettholder den enkeltes motivasjon for, eller drivkraft til læring.

- krever relasjon, samarbeid, og kartlegging

Psykiatriske sykepleiere beskriver relasjonen som sentral for å kunne legge til rette for læring. Relasjonen må være av en slik kvalitet at den blir arena for kartlegging og samarbeid. Gjennom kartlegging av den enkeltes egenskaper, evner, behov, problemer og ressurser, dannes grunnlaget for å kunne iverksette målrettet påvirkning. Samarbeidet gjør at det er mulig å vise, forklare, støtte, oppmuntre, observere og vurdere den enkelte, og det læringsarbeidet som gjøres. Samarbeid krever relasjon, mens ikke alle relasjoner sikrer samarbeid.

- er å formidle og kommunisere

Psykiatriske sykepleiere beskriver at å legge til rette for læring er å formidle et budskap. Det skjer gjennom kommunikasjon. Kommunikasjon beskrives som det mest sentrale pedagogiske verktøyet psykiatriske sykepleiere har. Foruten verbal kommunikasjon beskrives miljøet og omgivelsene rundt pasientene som et kommunikasjonsmiddel. Budskap formidles via regler, struktur, forventninger, og dagligdagse aktiviteter.

- psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid ligner på ego-styrkende sykepleie

Psykiatriske sykepleieres beskrivelser av tilrettelegging for læring minner om ego-styrkende sykepleie. Å hjelpe den andre til å utvikle egenskaper og evner som skal til for å mestre å ta

ansvar for sitt eget liv, beskrives på samme måte som det de gjør når målet er å styrke ego's fungering.

6.3. Oppsummering og avslutning – betydning av psykiatriske sykepleieres didaktiske tenkning

- betydningen av psykiatriske sykepleieres "didaktiske tenkning" -

Jeg vil avslutte arbeidet med denne oppgaven med å oppsummere betydningen av kjennetegn psykiatriske sykepleieres "didaktiske tenkning".

Psykiatriske sykepleiere regner det pedagogiske arbeidet som en naturlig del av sitt arbeid. De utviser stor tro på pasientenes evne til å lære, og sin egen evne til å få det til å skje.

Læringsresultatet gis mye mer oppmerksomhet enn læreprosessen. De psykiatriske sykepleierne fremstår som kreative, og åpne i det pedagogiske arbeidet. Deres arbeid med å legge til rette for læring skiller seg svært lite fra annet arbeid de gjør for å påvirke pasientene. Å ha psykiske problemer regnes ikke som noe hinder for læring, men det må tas hensyn til.

Det største skillet mellom psykiatriske sykepleieres "didaktiske tenkning" og didaktisk teori er det manglende fokus på hvordan læring skjer, læreprosessen. En annen ting som utmerker seg er at de beskriver det pedagogiske arbeidet som kontekstuavhengig og lite målrettet.

Dette er funn som stemmer overens med forskernes påstander om at sykepleiernes pedagogiske arbeid er ustrukturert, og lite målrettet, og at de har lite kunnskap om undervisningsstrategier (Gedda 2003, Pilhammar Andersson 2003).

Mine funn stemmer ikke med det forskningen sier om at sykepleierens pedagogiske arbeid handler om enveiskommunikasjon og en "ikke-individualisert" holdning (ibid).

Respondentene beskriver kommunikasjon som det viktigste pedagogiske verktøyet arbeidsredskapet.

Pilhammar Andersson (2003) er opptatt av at sykepleiernes for dårlige pedagogiske arbeid kan føre til kontroll, og ikke frigjøring av pasientenes ressurser. Mine funn støtter ikke dette. Respondentene gir gjennom sine beskrivelser uttrykk for at frigjøring av pasientens ressurser er målet med det påvirkningsarbeidet de gjør.

Samtidig synes jeg at jeg i mine funn kan kjenne igjen den pedagogiske holdning som Freed (1991) mener å påvise at psykiatriske sykepleiere har. Utholdenhet som pedagogisk strategi og kjennetegn mener jeg å kjenne igjen i de fleste av studiens funn. Deres beskrivelser bærer preg av at læring er noe de har med seg i det daglige arbeidet for å hjelpe pasientene. De gir uttrykk for at læreversker er til for å overvinnest. De har fokuset på pedagogiske muligheter, ikke problemer.

En slags oppsummering, eller konklusjon på bakgrunn av funn, drøftinger og refleksjoner må være at det er mange likheter mellom psykiatrisk sykepleie og pedagogikk. Psykiatriske sykepleiere trenger nok å rendyrke sitt pedagogiske arbeid gjennom å bli mer bevisst på hva pedagogisk arbeid har som mål og forutsetning, og gjennom å skaffe seg mer konkret pedagogisk kunnskap. En slik diskusjon bør også inneholde en refleksjon rundt hvilken type pedagogisk kunnskap psykiatriske sykepleiere trenger. Jeg tenker at spesialpedagogisk kunnskap er den mest nærliggende.

Det at mine funn avviker noe fra den forskningen jeg viser til i denne studien, kan skyldes ulike sider ved forskningsprosess og metodebruk. Men det kan også skyldes at jeg har få kilder til data. 5 respondenters beskrivelser kan ikke sies å danne grunnlaget for å komme med noen generalisert viten om kjennetegn ved psykiatriske sykepleieres pedagogiske handlingsgrunnlag. Alle mine konklusjoner må også sees i lys av den kvalitetsvurdering jeg gjør av hele forskningsprosessen i kapittel 4.

Jeg mener å ha funnet frem til gyldig og pålitelig kunnskap om hva som kjennetegner disse 5 respondentenes pedagogiske handlingsgrunnlag. Dette kan danne grunnlag for videre undersøkelser av psykiatriske sykepleieres ”didaktiske tenkning”. Jeg har forsøkt å vise både behovet for, nytten av, og muligheten for å skaffe slik kunnskap.

Litteraturliste

Aanderaa (1994): *Pasienten og sykepleieren – et gjensidig påvirkningsforhold*. Ad Notam Gyldendal

Andersen, Anders J. W. & Bengt Karlsson (2001): "Introduksjon". I: *Psykiatrici i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Berg, Bruce (1998): *Qualitative research methods for the social sciences*. Boston, Mass. : Allyn and Bacon.

Bergh, Madeleine (2002): *Medvetenhet om bemötande : en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Bråten, Ivar (1996): "Om Vygotskys liv og lære". I: *Vygotsky i pedagogikken*. Ivar Bråten(red.). Cappelen Akademiske Forlag AS

Bø, Aud Kirsti (1996): *Omsorgens ansikt: om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Universitetsforlaget AS

Cullberg, Johan(1995): *Dynamisk psykiatri*. TANO AS

Dahl, Alv m.fl. (1994): *Lærebok i psykiatri*. Universitetsforlaget AS

Dahlberg Karin (1997) : *Kvalitative metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur

Dale Erling Lars (1992): "Kunnskap, rasjonalitet og didaktikk". I: *Pedagogisk Filosofi*. Erling Lars Dale (red.). Ad Notam Gyldendal AS

Dale, Erling Lars(1999): *Utdanning med pedagogisk profesjonalitet*. Ad Notam Gyldendal

Engelsen Ulstrup, Britt (2000): "Didaktikk: et rdskap for aktiv kunnskapssøking – ikke myndighetenes lojale "tjener"!" I: *Norsk Pedagogisk tidsskrift*. Nr.1 2000 s.4 -16

Freed Patricia E. (1998): "Preseverance: The Meaning of Patient Education in Psychiatric Nursing." I: *Archives of psychiatric nursing* . Volum:12 År: 1998 Heftenr: 2 Side: 107-113

Friberg Febe (2001): *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning : mot en vårddidaktikk på livsvärldsgrund*. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Frøyen, Walter(1998): *Ansvar for egen læring*. Walter Frøyen og Tano Aschehoug 1998

Gedda, Birgitta(2003): Sjuksjöterskans pedagogiska verksamhet. I: *Pedagogikk innom vård och omsorg*. Ewa Pilhammar Andersson(red.). Studentlitteratur.

Granum, Vigdis (2003): *Praktisk pasientundervisning*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Gundem Brandtzæg, Bjørg (1998): *Skolens oppgave og innhold – en studiebok i didaktikk* -. Universitetsforlaget AS.

Helsepersonelloven [LOV-1999-07-02-64](#) - hlspl. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (1999-07-02) (lest 04.03.07 kl.19.02)

Hjardemaal Finn (2002): "Vitenskapsteori". I: *Innføring i pedagogisk forskningsmetode*. Thor A. Kleven (red.) Unipub Forlag

Hummelvoll, Jan Kåre (2004): *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Hummelvoll, Jan Kåre(1997): "Psykiatrisk sykepleie – en holistisk-eksistensiell tilnærming". I: *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvård*. Jan Kåre Hummelvoll og Unni A. Lindstrøm (red.). Författarna och Studentlitteratur 1997.

Häggström, Eva (2003): "Sjukskoterskans pedagogiska funktion och skolning i ett historisk perspektiv". I: *Pedagogikk innom vård och omsorg*. Ewa Pilhammar Andersson(red.). Studentlitteratur.

Johannesen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Kristoffersen (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Karlsson, Bengt (2003): "Erfaringsbasert kunnskap :et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie?". I: *Kunnskapsdannelse i praksis*. Jan Kåre Hummelvoll (red). Oslo Universitetsforlaget.

Kvale, Steinar (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvernbekk, Tone (2002): "Vitenskapsteoretiske perspektiver". I: *Innføring i forskningsmetodologi*. Thorleif Lund (red.). Unipub forlag.

Levander Sonja (1979): "Jag-stärkande psykoterapi." I: *Läkartidningen*. Vol.76, nr.5 1979, s.299-301.

Lindstrøm, Unni (2003): *Psykiatrisk sykepleie : teori, verdier og praksis*. Gyldendal Akademiske.

Lundgren, Ulf P. (1989): "Pedagogikk og psykologi. Om John Deweys filosofi." I: *Oppdragelse til det moderne*. Harald Thuen og Sveining Vaage (red.). Universitetsforlaget AS

Martinsen, Kari (1989): *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. TANO A.S

Nystrøm, Maria (2003): *Et liv på egne vilkår - vård och omsorg vid psykiska funktionshinder*. Stockholm : Natur och kultur.

Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998 (15.05.1998) **St.prp. nr. 63 (1997-98)** (Lest 05.03.07 kl.19.30)

Opplæringslova [LOV-1998-07-17-61](#) - oppl. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). (1998-07-17) (lest 05.03.07 kl.17.58)

Pasientrettighetsloven [LOV-1999-07-02-63](#) - pasrl. Lov om pasientrettigheter. (1999-07-02) (lest 04.03.07 kl.19.02)

Pilhammar Andersson, Ewa (2003): "Sjukskøterskan som handledare." I: *Pedagogikk innom vård och omsorg*. Ewa Pilhammar Andersson (red.). Studentlitteratur.

Psykisk helsevernloven [LOV-1999-07-02-62](#) - phlsvl. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. (1999-07-02)(lest 04.03.07 kl.19.02)

Rørvik, Harald (1994): *Læring og utvikling. Det pedagogiske oppdraget*. Universitetsforlaget AS

Rørvik, Harald (1998): *Didaktisk refleksjon. Frå normative premissar til pedagogisk praksis*. Universitetsforlaget Oslo.

Strand, Liv (1990): *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Travelbee, Joyce (1971): *International Aspects of Nursing*. Pensumtjenesten 1996

Tveiten, Sidsel (2001): *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget.

Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Universitetsforlaget AS

Vedlegg 1

Kari Aarøen
Gamleveien 3
1604 Fredrikstad

Telfon: 69319267 Mobil: 90933976

Fredrikstad 31.01.05

Divisjonsdirektør

SØKNAD OM GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSE I FORBINDELSE MED HOVEDFAGSOPPGAVE I PEDAGOGIKK.

Mitt navn er Kari Aarøen. Jeg er psykiatrisk sykepleier med tilleggsutdanning i pedagogikk. De siste 2 årene har jeg studert pedagogikk ved Pedagogisk forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo.

I forbindelse med hovedfagsstudiet skal jeg utføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, og ønsker i den forbindelse å fremskaffe kunnskap om grunnlaget for psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet.

Tema for hovedfagsoppgaven er:

” Psykiatriske sykepleieres pedagogiske grunnlag”.

Foreløpig problemstilling er:

”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske bevissthet og didaktiske tenkning?”

Hensikten med studien er å bidra til å tydeliggjøre psykiatriske sykepleieres kunnskap om, holdninger til, og forståelse av pedagogikk. En slik tydeliggjøring har flere konsekvenser. Det bidrar til evaluering, drøfting og kvalitetssikring av praksis. Brukermidvirkningen kan styrkes. Eventuell påvirkning eller endring av praksis blir muliggjort. Tverrfaglig samarbeid styrkes ved at kunnskap om egen fagutøvelse kan overføres til kolleger, studenter og andre.

Jeg ønsker tillatelse til å intervju 6 psykiatriske sykepleiere ved . Intervjuene varer ca. 1 time, og blir tatt opp på bånd. Disse båndene blir transkribert av meg, og både bånd og avskrift blir slettet etter at prosjektet er avsluttet og evaluert. Deltakerne i undersøkelsen blir anonymisert. Deltagelse er frivillig, og alle respondentene blir bedt om å underskrive et samtykke skjema. Intervjuene ønskes foretatt i deltakernes arbeidstid, og på egnet sted på arbeidsplassen.

Kriterier for utvelgelse av respondenter, med begrunnelse:

- **De skal arbeide ved intermediæravdelinger, eller bo- og behandlingssenter.** (Jeg ønsker at de arbeider med pasienter over litt tid, og med andre mål og tiltak enn akutte psykiatriske problemstillinger krever. Det handler om mine tanker og hypoteser om hvor og i hvilke situasjoner pedagogiske aktiviteter er mest aktuelle og synlige.)
- **De må ha minst 2 års praksis som psykiatriske sykepleiere.** (Jeg mener at det skjer mye med sykepleiere etter at de har fått videreutdanning i psykisk helsearbeid, og at det tar litt tid før identiteteten som psykiatrisk sykepleier tar sete i en. Jeg ønsker at mine respondenter skal ha identitet som spesialsykepleiere i psykiatri.)
- **De skal ikke ha annen videreutdanning.** (Jeg er genuint interessert i det spesielle med psykiatriske sykepleie.)
- **De må arbeide klinisk, og i ¾ eller 1/1 stilling.** (Helst turnus dag/kveld) (Jeg ønsker respondenter som har mye pasientkontakt, og som har ansvar for, og mulighet til å planlegge og påvirke pasientarbeidet.)

Jeg foreslår at ansvaret for utvelgelse delegeres til avdelingssykepleiere, som forespør aktuelle psykiatriske sykepleier om de kunne tenke seg å delta i denne undersøkelsen. De respondentene som sier ja til dette får et eget brev med informasjon om undersøkelsen, så

kontakter jeg hver enkelt respondent pr. telefon eller ved personlig møte, for å svare på eventuelle spørsmål og oppklare uklarheter.

Prosjektet medfører ikke meldeplikt eller konsesjonsplikt etter Personvernloven.

Min veileder ved Pedagogisk Forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo er Finn Hjordemaal.

Jeg ønsker å foreta intervjuene så snart som mulig.

Håper på et positivt svar, og et godt samarbeid.

Vennlig hilsen

Kari Aarøen

Vedlagt

1. Sammendrag (som ikke må gis til respondentene) En del av søknaden.

I tilfelle positivt svar på denne søknaden, for å spare tid for meg, og arbeid for Dere, legger jeg ved følgende:

2. Informasjonsskriv til avdelingssykepleierne (4eksemplarer)
3. Informasjonsbrev til de psykiatriske sykepleierne som sier ja til å delta i undersøkelsen.(6 eksemplarer)
4. Samtykke erklæring til de psykiatriske sykepleierne som sier ja til å delta i undersøkelsen.

≈ Sykehuset

Internt notat

Utarbeidet av

Vår dato 23.02.2005
Filnavn (Intern sone): \IIS-FILO\IWork\$lireandlMine
Dokumenter\Notathovedfagssøknad.doc

Til

Kopi til

Kari Aarøen
Gamleveien 3
1604 Fredrikstad

Søknad om gjennomføring av undersøkelse i forbindelse med hovedfag i pedagogikk ved ViO

Viser til brev der du ber om mulighet til å intervju 6 psykiatriske sykepleiere ved div. for psykisk helsevern .

Det vil bli lagt til rette for at du kan gjennomføre hovedfagsstudien din her hos oss slik du ønsker. Du kan ta direkte kontakt med:

- Ass.avd, , psykiatrisk avdeling:
- Seksjonsleder, DPS

Disse har fått overlevert alt materialet du har sendt meg, og har påtatt seg ansvar for å finne sykepleiere som kan delta i undersøkelsen.

J eg vil ønske deg lykke til med arbeidet.

Med vennlig hilsen ~~~

di visj onsdirektør

Postadresse

Besøksadresse

Telefon:
E-postadresse:

Telefaks:
Internett

Vedlegg 3

Kari Aarøen

Hovedfagsoppgave i Pedagogikk vår 2005

Orientering til avdelingslederne.

Tema for hovedfagsoppgaven er:

” Psykiatriske sykepleieres pedagogiske grunnlag”.

Foreløpig problemstilling er:

”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske bevissthet og didaktiske tenkning?”

Hensikten med studien er å bidra til å tydeliggjøre psykiatriske sykepleieres kunnskap om, holdninger til, og forståelse av pedagogikk. En slik tydeliggjøring har flere konsekvenser. Det bidrar til evaluering, drøfting og kvalitetssikring av praksis. Brukermedvirkningen kan styrkes. Eventuell påvirkning eller endring av praksis blir muliggjort. Tverrfaglig samarbeid styrkes ved at kunnskap om egen fagutøvelse kan overføres til kolleger, studenter og andre.

Jeg ønsker å intervju 6 psykiatriske sykepleiere ved . Intervjuene varer ca. 1 time, og blir tatt opp på bånd. Disse båndene blir transkribert av meg, og både bånd og avskrift blir slettet etter at prosjektet er avsluttet og evaluert. Deltakerne i undersøkelsen blir anonymisert. Deltagelse er frivillig, og alle respondentene blir bedt om å underskrive et samtykke skjema. Intervjuene ønskes foretatt i deltakernes arbeidstid, og på egnet sted på arbeidsplassen.

Jeg ønsker at ansvaret for utvelgelse delegeres til avdelingssykepleiere, som forespør aktuelle psykiatriske sykepleier om de kunne tenke seg å delta i denne undersøkelsen. De respondentene som sier ja til dette får et eget brev med informasjon om undersøkelsen, så

kontakter jeg hver enkelt respondent pr. telefon eller ved personlig møte, for å svare på eventuelle spørsmål og oppklare uklarheter.

Kriterier for utvelgelse av respondenter, med begrunnelse:

- **De skal arbeide ved intermediæravdelinger, eller bo- og behandlingssenter.** (Jeg ønsker at de arbeider med pasienter over litt tid, og med andre mål og tiltak enn akutte psykiatriske problemstillinger krever. Det handler om mine tanker og hypoteser om hvor og i hvilke situasjoner pedagogiske aktiviteter er mest aktuelle og synlige.)
- **De må ha minst 2 års praksis som psykiatriske sykepleiere.** (Jeg mener at det skjer mye med sykepleiere etter at de har fått videreutdanning i psykisk helsearbeid, og at det tar litt tid før identiteten som psykiatrisk sykepleier tar sete i en. Jeg ønsker at mine respondenter skal ha identitet som spesialsykepleiere i psykiatri.)
- **De skal ikke ha annen videreutdanning.** (Jeg er genuint interessert i det spesielle med psykiatriske sykepleie.)
- **De må arbeide klinisk, og i ¾ eller 1/1 stilling.** (Helst turnus dag/kveld) (Jeg ønsker respondenter som har mye pasientkontakt, og som har ansvar for, og mulighet til å planlegge og påvirke pasientarbeidet.)

Prosjektet medfører ikke meldeplikt eller konsesjonsplikt etter Personvernloven.

Min veileder ved Pedagogisk Forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo er Finn Hjordemaal.

Jeg ønsker å foreta intervjuene så snart som mulig.

Håper på et godt samarbeid.

Vennlig hilsen

Kari Aarøen

Adr.: Gamleveien 3

1604 Fredrikstad Telefon: 69319267 mobil: 90933976

Vedlegg 4

Kari Aarøen
Gamleveien 3
1604 Fredrikstad

Telefon: 69319267 mobil: 90933976

Fredrikstad 31.01.05

Til deg som har sagt deg villig til å delta i intervjuundersøkelse.

Jeg er psykiatrisk sykepleier, og for tiden hovedfagsstudent ved Pedagogisk Forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo. Jeg arbeider med en hovedfagsoppgave hvor jeg ønsker å fremskaffe kunnskap om psykiatriske sykepleieres pedagogiske virksomhet. Hensikten med denne forskningen er å bidra til å tydeliggjøre grunnlaget for det pedagogiske arbeidet psykiatriske sykepleiere gjør. Med grunnlag mener jeg pedagogisk kunnskap, forståelse, og holdninger.

Tema og tittel for oppgaven er:

Psykiatriske sykepleieres pedagogiske grunnlag.

Foreløpig problemstilling for oppgaven min er:

Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske bevissthet og didaktiske tenkning?

For å finne svar på denne problemstillingen ønsker jeg å foreta et semistrukturert kvalitativt intervju med totalt 6 psykiatriske sykepleiere som har minimum 2 års praksis som spesialsykepleiere, arbeider klinisk i ¾ til 1/1 % stilling ved intermedieravdelinger eller bo-

og behandlingssenter. Jeg har bedt om at avdelingssykepleierne forespør aktuelle spesialsykepleiere ved sin avdeling. Du har takket ja, derfor kontakter jeg deg med dette informasjonsbrevet.

Intervjuene vil vare ca. 1 time, og ligner en samtale omkring temaet psykiatrisk sykepleie og pedagogisk virksomhet. Jeg har utarbeidet en intervjuguide med spørsmål jeg ønsker svar på, disse spørsmålene er rettleidende for meg under intervjuet.

Intervjuene foregår som en samtale mellom oss, de blir tatt opp på bånd, og skrevet ut av meg. Du er anonym i undersøkelsen, og ingen opplysninger kan spores tilbake til deg. Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og du kan når som helst trekke deg fra dette uten å måtte begrunne dette. Når oppgaven er ferdig, og sensurert blir alle bånd og utskrifter slettet. Før intervjuet starter vil du få litt mer informasjon omkring temaet. Denne informasjonen handler om hva som er utgangspunktet for oppgaven min, hvorfor jeg ønsker å intervju deg om dette temaet.

Intervjuene vil foregå på arbeidsplassen din, i et rom som avdelingen stiller til disposisjon.

Vedlagt dette brevet følger en samtykkeerklæring. Det er viktig for seriøsiteten av dette forskningsarbeidet at du har skrevet under på at du samtykker i å delta, helt på frivillig basis. Dette skjemaet kan du levere til meg når vi møtes til intervjuet.

Jeg vil ta kontakt med deg i løpet av kort tid for å høre om du har noen spørsmål eller innvendinger. Da vil jeg også avtale tid for intervjuet med deg.

Takk for at du er villig til å delta i dette forskningsprosjektet.

Vennlig hilsen

Kari Aarøen

Vedlegg 5

Samtykkeerklæring.

Jeg samtykker i å bli intervjuet av Kari Aarøen i forbindelse med hennes Hovedfagsoppgave i pedagogikk.

Jeg er blitt informert om tema og foreløpig problemstilling for oppgaven, og om gjennomføringen av undersøkelsen.

Jeg er kjent med at det er frivillig å delta i undersøkelsen, at jeg kan unnlate å svare på spørsmål, at jeg kan trekke meg fra intervjuene når som helst, og at min deltagelse og mitt bidrag er og forblir konfidensielt

Dato:.....

Underskrift:

Vedlegg 6

Intervjuguide.

”Grunnlaget for psykiatriske sykepleieres pedagogiske arbeid.”

”Hva kjennetegner psykiatriske sykepleieres pedagogiske bevissthet og didaktiske tenkning?”

For meg:

Kjønn:

Spørsmål	Svar	Stikkord
Når var du ferdig med grunnutdanningen i sykepleie?		
Når var du ferdig med videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid?		Er det noen forskjeller/likheter som kan skyldes alder/tid for utdanning?
Hvilken type praksis har du?		Er det likheter/forskjeller som kan skyldes type praksis?
Hvilken type avdeling jobber du på nå?		Likheter/forskjeller avhengig av type avdeling?
Hvor stor stilling har du?		Likheter/forskjeller avhengig av stillingsstørrelse?

<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan finner du ut hva pasienten trenger å lære? - Hva må du vite om pasienten? - Hvilken rolle har du i fht. pasienten? - Hva kan påvirke dette arbeidet positivt? - Hva kan påvirke dette arbeidet negativt? - Hva er ditt viktigste verktøy for å få til dette arbeidet? 		<p>Hvilket syn på menneske, læring og utvikling kommer frem? Likheter/ulikheter.</p> <p>Har sykepleierne kunnskap om hvilke forutsetninger som må være tilstede for at mennesker lærer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasientens evner og egenskaper /hvilke evner og egenskaper.(Kunnskap om hvordan mennesker lærer) - relasjonens betydning og kvaliteter.(Omsorg, tillit, trygghet, observasjon/informasjon) - sykepleierens kvaliteter og egenskaper/rolle og funksjon.(Holdning /fremferd) (Omsorg, tydelig, tillitsvekkende, autoritet, kunnskapsrik) - kommunikasjonens rolle og kvalitet/egenskap.(Hvordan en god kommunikasjon er?) - egenskapene ved læringsmålene.(Realistiske, meningsfulle)
--	--	---

<p>Er det noe mer du vil fortelle / si / eller utdype?</p>		<ul style="list-style-type: none"> - motivasjonens betydning - evalueringens uttrykk, betydning, og bruksområde. - Mestringens rolle og funksjon <p>Kjenner sykepleierne til disse prinsippene for tilrettelegging for læring?(Undervisningsprinsipper)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktiviseringens betydning - Individualiseringens betydning - Sentrering av lærestoffet - Variasjon i læringsaktiviteter - Konkretisering <p>Har denne respondenten vist evne til refleksjon?</p>
--	--	--

Vedlegg 7

Funn – meningsbærende elementer i teksten

5.1. Intensjoner

5.1.1. Læring

*"bevegelse", "indre prosess", "kunnskapstilegnelse", "innsikt", "forståelse", "selvinnsikt",
" bevisstgjøring"*

5.1.2. Å legge til rette for læring

*"får i gang", "får til", "tilfører", "justerer", " et budskap", "gir noen muligheter", "lærer
noen noe"*

5.1.3. Å løse problemer

"pasientens problemer, og problemenes årsaker", "ta utgangspunkt i pasientens situasjon",

5.1.4. Mestring og endring

*"mestre sitt eget liv", " klare å bo for seg selv", "sosialiseres", "endrer seg", "endre
oppfatning", "tilpasse seg", og " gå videre", "endre atferd", "utvikle praktiske ferdigheter",
"påvirke egen helse".*

5.2. Læreforutsetninger

5.2.1. Eleven – muligheter og motivasjon.

"evner", "konsentrasjon", "erfaringer", "pasientens problemer", "tidligere læringerfaringer og "mestringsstrategier", "bygge på tidligere kunnskap".

"interesse", "lyst", "behov", "engasjement", "god stemning", "tro på", "holde motet oppe", "å ha mening, og være meningsfullt for den som skal lære", "ha omsorg for læring", "behov", "pasientens problemer", "konsentrasjon"

"ikke føler seg liten", "føler seg velkommen", "pasientens problemer", "problemenes årsaker", "fra voksen til voksen", "ikke gå i forsvar"

5.2.2. Tilretteleggeren – holdning og handling

"forståelig og tydelig", "troverdig", "tilgjengelig", "tydelige tilstede", "tillitsvekkende", "til å stole på", "ha empati, ikke sympati", "ikke avvise", "viser respekt for pasienten ved å se pasientens ressurser og egenskaper, ikke bare lidelsen og symptomene"

"gjør klare avtaler", "tilstede i alle faser av sykdommen", "forandre seg i takt med den lærende", "gå ved siden av", "containing-function",

"foreslå aktiviteter", "holde oppe muligheter", "legge frem alternativer", "ikke ha fasitsvar", "møte pasientens forslag", "ikke gi direkte ordre/beskjed", "få pasienten til å forklare, og å delta i å løse problemer".

5.2.3. Læringsmiljø – fysisk og psykisk

"rolig og oversiktlig", "tydelige mål, "tillit", "allianse", "respekt", "trygghet", "omsorg".

5.3. Pedagogiske verktøy og metoder

5.3.1. Kommunikasjonsmåter og muligheter

*"formidling", "forklare", "informere", "opplyse", "undervise", "henvende seg til",
"diskusjoner", "samtaler", "vise", "å veilede", "utføre praktisk arbeid sammen med",
"temagrupper", "pårørende grupper", "refleksjonsmøter", "gruppeundervisning",
"morgenmøter", "møter"
"omgangsformer", "regler", "ukeplaner", "planlegging av dagen", "struktur", "rutiner",
"skriftlig informasjon", "døgnrytme", "hjelpemidler", "cd rom".
"rollemodell", "holdninger", "normer",*

5.3.2. Samhandling

"samhandle", "en felles forståelse av problemer og løsninger",

5.3.3. Kvalitetssikring

"innspill fra andre", "oppklare uklarheter",

5.3.4. Kartlegging

*"blir kjent med pasienten", "danner seg et bilde", "sette seg inn i pasientens situasjon",
"finner frem til pasientenes tidligere strategier og løsninger", "oppklarer uklarheter", "finner
ut hva som er sant/ikke sant", "endringer og utviklinger hos pasienten".*

*"gjør observasjoner", "tolker signaler", "henter inn tidligere informasjon", "ser tidligere
rapporter", "får informasjon direkte fra pasienten".*

5.3.5. Kollegasamarbeid

"arbeide på samme måte", "i forhold til samme mål", "ha tilnærmet like holdninger"

5.4. Undervisningsprinsipper

5.4.1. Egenaktivitet/læringsaktivitet.

"aktiv", "velger aktiviteter", "kommer frem til svar selv". "deltagelse i praktiske gjøremål", "praktiske oppgaver", "oppgaver i fellesskapet".

5.4.2. Utfordring og støtte.

"ha progresjon", "på rette tidspunkt", "når pasienten er klar for utfordringer, eller støtte", "øke intensitet eller vanskelighetsgrad etter hvert", "bygge på tidligere kunnskap", "tidligere læringerfaringer og mestringsstrategier",

5.4.3. Individualisering

"den enkeltes nivå", "den enkeltes personlighet", "behandle den enkelte individuelt", "gjøre det personlig", "få tak i pasientens opplevelser av sitt problem", "evner", "konsentrasjon", "erfaringer og behov", "videreutvikle det som har vært bra", "i tråd med den enkeltes unike personlighet og mestringsstrategi",

5.4.4. Presentasjon av lærestoffet

"gjentas og repeteres", "være konkret", "en plan", "en strategi", "planlagt, ikke tilfeldig", "struktur", "tid",

5.4.5. Vurdering/tilbakemelding

"gi pasienten tilbakemelding på læringsarbeidet", "å bekrefte det som er bra", "ha fokus på utviklingen", "henvise til da pasienten var frisk", "opplyse om konsekvensene".